



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL

DE ENFERMERÍA



**“CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y PERCEPCIÓN DEL
ESTADO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR DE LA
LOCALIDAD DE SANTA MARÍA DEL VALLE”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TESISTA:

Bach. PARDAVÉ CÁMARA, Fiorella Grisel.

ASESOR:

Mg. ESPINOZA TORRES, Wilmer.

HUÁNUCO - PERÚ

OCTUBRE, 2016

DEDICATORIA

Con profundo cariño y eterna gratitud a Dios, por darme las fuerzas necesarias para culminar con éxito mi formación profesional.

A mis queridos padres por su confianza y estímulo, quienes desinteresadamente me brindaron su apoyo tanto económico, moral, para así lograr mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y por el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.

AGRADECIMIENTOS

Al término de esta etapa de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr este objetivo.

- A la directora de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, y demás autoridades, por su apoyo y colaboración en la ejecución del presente estudio de investigación
- Al Mg. Wilmer Espinoza Torres, por las constantes orientaciones y sugerencias brindadas en la ejecución del presente estudio, que hicieron posible la culminación exitosa de la presente investigación.
- A la enfermera responsable del programa de adulto mayor del Centro de Salud Santa María del Valle, por su apoyo y cooperación en la identificación de los adultos mayores considerados en el presente estudio de investigación
- A los adultos mayores que participaron en el presente estudio, por brindarme su tiempo y contestar con calidez los ítems planteados en el estudio de investigación.
- A todas las personas que de una u otra manera me colaboraron y apoyaron desinteresadamente en la realización del presente trabajo de investigación.

RESUMEN

Objetivo general: Determinar la relación que existe entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.

Métodos: Se realizó un estudio analítico relacional en 72 adultos mayores, utilizando el test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor; y un cuestionario en la recolección de datos. En el análisis inferencial se utilizó la prueba de Chi cuadrado con una significancia $p \leq 0,05$.

Resultados: Respecto a la capacidad de autocuidado; el 38,9% de adultos mayores presentó un autocuidado parcialmente adecuado, el 29,2% tuvo un autocuidado inadecuado, el 16,7% presentó un autocuidado adecuado y el 15,3% tuvo autocuidado adecuado. En cuanto a la percepción del estado de salud, el 69,4% de encuestados percibió que su estado de salud era no saludable. Al analizar la relación entre las variables se encontró que la capacidad de autocuidado ($p < 0,000$) y sus dimensiones actividad física ($p < 0,000$); alimentación ($p < 0,001$); eliminación ($p < 0,019$); descanso y sueño ($p < 0,001$); control de la salud ($p < 0,001$); y hábitos nocivos ($p < 0,001$) se relacionaron significativamente con la percepción del estado de salud de los adultos mayores. Por otra parte, no se encontró relación significativa entre las dimensiones higiene ($p < 0,084$) y medicación ($p < 0,084$) con la percepción del estado de salud en la muestra en estudio.

Conclusiones: La capacidad de autocuidado se relaciona con la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.

Palabras clave: *Capacidad de autocuidado, percepción del estado de salud, adultos mayores.*

ABSTRACT

General objective: To determine the relation that exists between the capacity of autocare and the perception of the bill of health in the major adults of the locality of Santa Maria of the Valley.

Methods: There was realized an analytical relational study in 72 major adults, using the test of Capacity and Perception of Autocare of the Major Adult; and a questionnaire in the compilation of information. In the analysis inferencial there was in use the test of square Chi with a significancia $p \leq 0,05$.

Results: With regard to the capacity of autocare; the 38,9% of major adults presented a partially suitable autocare, 29,2% had an inadequate autocare, 16,7% presented a suitable autocare and 15,3% had suitable autocare. With regard to the perception of the bill of health, 69,4% of polled perceived that his bill of health was not healthy. As for the perception of the bill of health, 69,4% of polled perceived that his bill of health was not healthy. On having analyzed the relation between the variables one found that the capacity of autocare ($p < 0,000$) and his dimensions physical activity ($p < 0,000$); supply ($p < 0,001$); elimination ($p < 0,019$); rest and dream ($p < 0,001$); control of the health ($p < 0,001$); and harmful habits ($p < 0,001$) related significantly to the perception of the bill of health of the major adults. On the other hand, significant relation was not between the dimensions hygiene ($p < 0,084$) and medication ($p < 0,084$) with the perception of health in the sample in study.

Conclusions: The capacity of autocare relates to the perception of the bill of health of the major adults in study.

Keywords: *Capacity of autocare, perception of the bill of health, major adults.*

INTRODUCCIÓN

En el Perú, como en otros países del mundo, uno de los cambios demográficos más importantes que se presentando en los últimos años es el envejecimiento de la población representando uno de los eventos más trascendentales en el mundo, no solo desde el punto de vista demográfico, sino también, económico y social¹.

La capacidad de autocuidado en los adultos mayores se fundamenta en el cumplimiento y satisfacción de las necesidades básicas del individuo; de esta manera, buscando el bienestar y la felicidad de estas personas esperando que sean funcionales para determinadas situaciones de la vida. En el adulto mayor, esto implica las condiciones de vida mínimas para satisfacer sus necesidades básicas como la salud, obtener alimentos, estabilidad en relaciones sociales, vestimenta, tiempo para ocio, recreación y que se respeten sus derechos humanos, y todas aquella medidas que en general les permitan tener una buena percepción de su estado de salud².

Por ello, el estudio titulado “Capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud del adulto mayor de la localidad de Santa María del Valle”, se realiza con el objetivo de determinar la relación que existe entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en la muestra en estudio; buscando establecer estrategias de intervención orientadas a la prevención y afrontamiento de esta problemática, que permitan mejorar la calidad de vida y el estado de salud de los adultos mayores.

En este sentido, el estudio se organizó en cinco capítulos. El primero comprende el problema, la justificación y los objetivos, de igual modo se consideran la hipótesis y las variables en estudio.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico, el cual incluye los antecedentes del problema de investigación, las bases teóricas para el sustento de dicho tema y las definiciones conceptuales.

El tercer capítulo está compuesto por la metodología de la investigación, como tipo de estudio, método de estudio, población y muestra, las técnicas de recolección y análisis de datos.

En el cuarto capítulo se presenta los resultados de la investigación con su respectiva comprobación de hipótesis y en el último y quinto capítulo se muestra la discusión de los resultados. Posteriormente se presentan las conclusiones y las recomendaciones. También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

La Autora

INDICE GENERAL DEL CONTENIDO	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCION	vi

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema	1
1.2. Formulación del problema	6
1.2.1. Problema general	6
1.2.2. Problemas específicos	6
1.3. Objetivos	7
1.3.1. Objetivo general	7
1.3.2. Objetivos específicos	7
1.4. Hipótesis	8
1.4.1. Hipótesis general	8
1.4.2. Hipótesis específicas	9
1.5. Variables	11
1.6. Operacionalización de las variables	11
1.7. Justificación del estudio	14
1.7.1. A nivel teórico	14
1.7.2. A nivel práctico	15
1.7.3. A nivel metodológico	15

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación	16
2.2 Bases teóricas	20
2.2.1. Teoría del autocuidado de Dorothea Orem	20
2.2.2. Modelo de Promoción de la Salud	21

2.2.3. Modelo de creencias en salud	22
2.3 Bases conceptuales	23
2.3.1. Definición de capacidad de autocuidado	23
2.3.2. Importancia del autocuidado	25
2.3.3. Dimensiones del autocuidado en el adulto mayor	25
2.3.3.1. Actividad Física	25
2.3.3.2. Alimentación	27
2.3.3.3. Eliminación	27
2.3.3.4. Descanso y sueño	28
2.3.3.5. Higiene y confort	28
2.3.3.6. Medicación	29
2.3.3.7. Control de la salud	29
2.3.3.8. Control de adicciones y hábitos nocivos	30
2.3.4. Definición de percepción del estado de salud	30
2.3.5. Dimensiones de la percepción del estado de salud en el adulto mayor.	31
2.3.5.1. Dimensión Física	32
2.3.5.2. Dimensión Psicológica	32
2.3.5.3. Dimensión Social	33
2.4. Definición de términos operacionales	33

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio	34
3.2 Diseño de estudio	35
3.3 Población	35
3.3.1. Criterios de inclusión y exclusión	35
3.3.2. Ubicación de la población en espacio y tiempo	36
3.4 Muestra y muestreo	37
3.4.1. Unidad de análisis	37
3.4.2. Unidad de muestreo	37
3.4.3. Marco muestral	37
3.4.4. Población muestral	37

3.5	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	38
3.6	Validez y confiabilidad de los instrumentos	41
3.7	Procedimientos de recolección de datos	44
3.8	Elaboración de datos	46
3.9	Análisis e interpretación de datos	47
3.10	Consideraciones éticas de la investigación	48

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1.	Resultados Descriptivos	50
4.2.	Resultados Inferenciales	71

CAPÍTULO V

5. DISCUSION

5.1.	Discusión de resultados	80
	Conclusiones	84
	Recomendaciones	86
	Referencias Bibliográfica	88
	Anexos	93
	Instrumentos de recolección de datos	94
	Consentimiento informado	104
	Informe de trabajo de campo	107
	Constancias de validación	112
	Matriz de consistencia	116

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Edad en años de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.	50
Tabla 2. Género de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.	51
Tabla 3. Estado civil de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.	52
Tabla 4. Religión de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.	53
Tabla 5. Grado de escolaridad de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.	54
Tabla 6. Condición de trabajo actual de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.	55
Tabla 7. Personas con quienes viven los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.	56
Tabla 8. Participación en grupos sociales de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.	57
Tabla 9. Capacidad de autocuidado en la dimensión actividad física de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.	58
Tabla 10. Capacidad de autocuidado en la dimensión alimentación de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.	59
Tabla 11. Capacidad de autocuidado en la dimensión eliminación de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.	60
Tabla 12. Capacidad de autocuidado en la dimensión descanso y sueño de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.	61

Tabla 13.	Capacidad de autocuidado en la dimensión higiene y confort de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.	62
Tabla 14.	Capacidad de autocuidado en la dimensión medicación de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.	63
Tabla 15.	Capacidad de autocuidado en la dimensión control de la salud de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.	64
Tabla 16.	Capacidad de autocuidado relacionado a los hábitos nocivos o adicciones de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016	65
Tabla 17.	Capacidad de autocuidado de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.	66
Tabla 18.	Percepción del estado de salud en la dimensión física de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.	67
Tabla 19.	Percepción del estado de salud en la dimensión psicológica de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.	68
Tabla 20.	Percepción del estado de salud en la dimensión social de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016	69
Tabla 21.	Percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.	70
Tabla 22.	Relación entre la capacidad de autocuidado en la dimensión actividad física y la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.	71

Tabla 23.	Relación entre la capacidad de autocuidado en la dimensión alimentación y la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.	72
Tabla 24.	Relación entre la capacidad de autocuidado en la dimensión eliminación y la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.	73
Tabla 25.	Relación entre la capacidad de autocuidado en la dimensión descanso y sueño con la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.	74
Tabla 26.	Relación entre la capacidad de autocuidado en la dimensión higiene y confort con la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.	75
Tabla 27.	Relación entre la capacidad de autocuidado en la dimensión medicación con la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.	76
Tabla 28.	Relación entre la capacidad de autocuidado en la dimensión control de la salud con la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.	77
Tabla 29.	Relación entre la capacidad de autocuidado relacionado a los hábitos nocivos o adicciones con la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.	78
Tabla 30.	Relación entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.	79

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 01. Guía de entrevista de características sociodemográficas	94
Anexo 02. Test CYPAC – AM Capacidad y percepción del autocuidado del adulto mayor.	96
Anexo 03. Cuestionario de percepción del estado de salud modificado.	100
Anexo 04. Consentimiento informado.	104
Anexo 05. Informe de trabajo de campo	107
Anexo 06. Constancias de validación	112
Anexo 07. Matriz de consistencia	116

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

Uno de los cambios demográficos más importantes del siglo XXI es el envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe representando uno de los eventos más trascendentales en el mundo, desde el punto de vista demográfico, económico y social³.

Las proyecciones actuales estiman que para el año 2025 más de la mitad de los países latinoamericanos experimentarán un envejecimiento sustancial de su población⁴. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵ estima que para el año 2050, la proporción de adultos mayores se duplicará, pasando de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)⁶, en el año 2012, la población peruana proyectada ascendía aproximadamente a 30 millones de habitantes, de los cuales el 9,1% eran adultos mayores. Al respecto los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares en el 2013, revelaron que los adultos mayores representaron el 9,3% de la población peruana; calculando que en los próximos años duplicará el ritmo de crecimiento de la población total⁷.

La percepción del estado de salud en los adultos mayores constituye la opinión que cada uno de ellos tiene de su posición en la vida, tomándose en cuenta elementos como la salud física, el estado psicológico, las relaciones sociales de la persona; condicionada por la presencia de enfermedades que alteran significativamente la

percepción del estado salud en los adultos mayores; según estadísticas de la Encuesta de Salud y Bienestar del adulto mayor, el 62% de adultos mayores reportan tener un mal estado de salud y que el 30% de ellos fueron afectados por una enfermedad grave en el último año, cifras que son preocupantes para nuestra realidad⁸.

Dentro del abordaje integral de las personas adultas mayores, toma vital importancia la capacidad de autocuidado, que es definida como la capacidad de los adultos mayores para realizar actividades que le permitan preservar su salud, en diferentes aspectos de su vida como la actividad física, alimentación, descanso y sueño, entre otras⁹.

Anzola¹⁰ plantea al respecto, que la mejor contribución para superar los cambios del envejecimiento es la práctica del autocuidado y el fomento de estilos de vida saludables en los adultos mayores.

Si bien es cierto que con el envejecimiento, las personas pueden ir perdiendo algunas funciones orgánicas y cognitivas; un adulto mayor capacitado para identificar sus limitaciones, así como su sentido de utilidad, permite el mantenimiento de su salud a través de actividades de prevención y tratamiento de sus enfermedades¹¹.

En la actualidad, los adultos mayores en los hogares viven con otros miembros más jóvenes como los hijos, nietos, entre otras personas, donde por lo general, viven en relación de dependencia; lo que impulsa al adulto mayor a realizar diversas actividades buscando sentirse útil y no sentirse una carga para su familia¹².

Asimismo, se evidencian actitudes negativas en las familias como la indiferencia y marginación, excluyendo a los adultos mayores

de la vida social y familiar porque su salud están en declive, lo mismo que su ingenio y capacidad; ocasionando en los adultos mayores, decaimiento de su estado anímico, baja autoestima, desequilibrio emocional, deterioro cognitivo, dolor y déficit de autocuidado¹³.

La problemática se acrecienta aún más por el déficit en el acceso y la oferta de servicios de salud para los adultos mayores; pues son marginados debido a que se les considera como personas con múltiples problemas de salud, no teniendo en cuenta que son personas que necesitan de un trato especial, siendo indispensable que practiquen adecuadamente diversas actividades de autocuidado que les permitan tener una mejor percepción de su estado de salud¹⁴.

Respecto al autocuidado, se realizaron diversas investigaciones: en Ecuador, en el 2014, un estudio evidenció que una elevada proporción de ancianos presentaron déficits en sus actividades de autocuidado, especialmente en los controles periódicos de su salud, los procesos de eliminación, higiene y descanso¹⁵

Un estudio realizado en Lima, en el 2013, encontró que las actividades más deficientes de autocuidado estuvieron en los controles de salud, inactividad física y alimentación inadecuada¹⁶.

Según información del INEI, el departamento de Huánuco cuenta actualmente con aproximadamente 70 819 adultos mayores que representan el 8,2% de la población total, de los cuales el 40,6% viven en zonas rurales¹⁷.

Los adultos mayores de zonas rurales continúan trabajando hasta edades avanzadas, pues en el campo no existe retiro o jubilación;

adicionalmente el proceso de migración de la población joven a las grandes ciudades, deja a muchas personas adultas mayores viviendo solas o con los nietos, e incluso otras se encuentran en situación de abandono; por ello, se puede señalar que las condiciones climáticas extremas, las grandes distancias geográficas, las particularidades culturales y la limitada accesibilidad a los servicios públicos, en especial los servicios de salud, conforman una situación de gran vulnerabilidad para los adultos mayores alterando su percepción respecto a su estado de salud¹⁸.

Frente a las problemáticas de los adultos mayores, el Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2006, aprobó los “Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores”, con el objetivo de favorecer un envejecimiento activo y saludable¹⁹.

Asimismo, el Perú cuenta desde el 16 de junio de 2013 con un Plan Nacional de Personas Adultas Mayores, que promueve el envejecimiento saludable. De igual manera se destaca la implementación de programas como Pensión 65 creados para mejorar los niveles de calidad de vida de las personas adultas mayores²⁰.

En la localidad de Santa María del Valle, existen actualmente 72 adultos mayores inscritos en el Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud del distrito, que solo representa el 8% del total de adultos mayores del distrito y el 0,5% a nivel de la provincia de Huánuco, lo que significa que existe un alto porcentaje de adultos mayores que no acude al Centro de Salud por diversos motivos como la falta de acceso al establecimiento, la lejanía de sus viviendas respecto al Centro de

Salud, falta de empoderamiento del personal de salud, bajo nivel cultural de los adultos mayores entre otros; resaltándose que la mayoría de ellos habitan en zonas rurales y presentan enfermedades crónicas como hipertensión arterial, obesidad, diabetes, entre otras; teniendo desconocimiento sobre los cambios propios de su edad.²¹

Muchos de los adultos mayores presentan deficiente estado de higiene corporal, refiriendo poco conocimiento sobre una alimentación saludable; y recurriendo también a la automedicación cuando presentan alguna dolencia; debido su bajo nivel educativo, con escasos recursos económicos y difícil acceso al Centro de Salud al cual a pesar de que están inscritos como participantes del Programa de Adulto Mayor solo acuden en forma esporádica, obligados más que todo porque el programa Pensión 65 les exige el chequeo de su salud como condición para acceder al cobro respectivo.

Asimismo, algunos adultos mayores llevan una vida sedentaria, permaneciendo en su hogar todo el día, cocinando o cuidando a sus nietos; algunos refieren sentirse tristes porque extrañan a sus familiares: “a veces me siento sola, mis hijos trabajan y cuando regresan conversan muy poco conmigo”, “antes tenía fuerzas para hacer todo, me siento cansado, las fuerzas se me acaban”, “mis nietos son los únicos que me acompañan”, que hacen evidente la presencia de problemas en esta población vulnerable²².

Frente a la realidad problemática descrita se realizó el presente estudio con el objetivo de determinar la relación que existe entre la

capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud en los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle en el 2016.

1.2. Formulación del problema

En el presente estudio de investigación se formularon las siguientes interrogantes de investigación:

1.2.1. Problema general:

- ¿Qué relación existe entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle 2016?

1.2.2. Problemas específicos:

- ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de actividad física y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de alimentación y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de eliminación y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de descanso y sueño con la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de higiene y confort con la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio?

- ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de medicación y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de control de salud y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad de autocuidado relacionado a los hábitos nocivos y las adicciones con la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación que existe entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle 2016.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Identificar la relación que existe entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de actividad física y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.
- Establecer la relación que existe entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de alimentación y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.
- Conocer la relación que existe entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de eliminación y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.

- Analizar la relación que existe entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de descanso y sueño con la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.
- Describir es la relación que existe entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de higiene y confort con la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.
- Valorar la relación que existe entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de medicación y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.
- Identificar la relación que existe entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de control de salud y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.
- Describir la relación que existe entre la capacidad de autocuidado relacionado a los hábitos nocivos y las adicciones con la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.

1.4. Hipótesis

En el presente estudio se plantearon las siguientes hipótesis de investigación:

1.4.1. Hipótesis general

Ho: No existe relación entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle 2016.

Hi: Existe relación entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle 2016.

1.4.2. Hipótesis específicas.

Ho₁: No existe relación entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de actividad física y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.

Hi₁: Existe relación entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de actividad física y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.

Ho₂: No existe relación entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de alimentación y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.

Hi₂: Existe relación entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de alimentación y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.

Ho₃: No existe relación entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de eliminación y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.

Hi₃: Existe relación entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de eliminación y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.

Ho₄: No existe relación entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de descanso y sueño con la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.

Hi₄: Existe relación entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de descanso y sueño con la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.

Ho₅: No existe relación entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de higiene y confort con la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.

Hi₅: Existe relación entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de higiene y confort con la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.

Ho₆: No existe relación entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de medicación y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.

Hi₆: Existe relación entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de medicación y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.

Ho₇: No existe relación entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de control de la salud y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.

Hi₇: Existe relación entre la capacidad de autocuidado relacionado a la necesidad de control de la salud y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.

Ho₈: No existe relación entre la capacidad de autocuidado relacionado a los hábitos nocivos y las adicciones con la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.

Hi₈: Existe relación entre la capacidad de autocuidado relacionado a los hábitos nocivos y las adicciones con la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.

1.5. Identificación de variables

1.5.1. Variable principal

Capacidad de autocuidado.

1.5.2. Variable asociada

Percepción del estado de salud.

1.5.3. Variables de caracterización

- **Características demográficas:**

- Edad.
- Género.

- **Características sociales:**

- Estado civil.
- Religión.
- Grado de escolaridad.
- Situación de trabajo actual.
- Con quien vive.
- Pertenencia a grupos sociales.

1.6. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE PRINCIPAL				
Capacidad de Autocuidado	Actividad Física	Categórica	<ul style="list-style-type: none"> - Autocuidado adecuado - Autocuidado parcialmente adecuado - Autocuidado inadecuado. - Déficit de autocuidado 	Ordinal Politómica

	Alimentación	Categórica	<ul style="list-style-type: none"> - Autocuidado adecuado - Autocuidado parcialmente adecuado - Autocuidado inadecuado - Déficit de autocuidado 	Ordinal Politómica
	Eliminación	Categórica	<ul style="list-style-type: none"> - Autocuidado adecuado - Autocuidado parcialmente adecuado - Autocuidado inadecuado - Déficit de autocuidado 	Ordinal Politómica
	Descanso y sueño	Categórica	<ul style="list-style-type: none"> - Autocuidado adecuado - Autocuidado parcialmente adecuado - Autocuidado inadecuado - Déficit de autocuidado 	Ordinal Politómica
	Higiene y confort	Categórica	<ul style="list-style-type: none"> - Autocuidado adecuado - Autocuidado parcialmente adecuado - Autocuidado inadecuado - Déficit de autocuidado 	Ordinal Politómica
	Medicación	Categórica	<ul style="list-style-type: none"> - Autocuidado adecuado - Autocuidado parcialmente adecuado - Autocuidado inadecuado - Déficit de autocuidado 	Ordinal Politómica

	Control de la salud	Categórica	<ul style="list-style-type: none"> - Autocuidado adecuado - Autocuidado parcialmente adecuado - Autocuidado inadecuado - Déficit de autocuidado 	Ordinal Politómica
	Hábitos nocivos y adicciones	Categórica	<ul style="list-style-type: none"> - Autocuidado adecuado - Autocuidado parcialmente adecuado - Autocuidado inadecuado - Déficit de autocuidado 	Ordinal Politómica
VARIABLE ASOCIADA				
Percepción del Estado de Salud	Física	Categórica	Saludable No saludable	Nominal Dicotómica
	Psicológica	Categórica	Saludable No saludable	Nominal Dicotómica
	Social	Categórica	Saludable No saludable	Nominal Dicotómica
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN				
Características Demográficas	Edad	Numérica	En años	De razón
	Género	Categórica	Masculino Femenino	Nominal Dicotómica
Características Sociales	Estado civil	Categórica	Soltero (a) Casado (a) Conviviente Viudo (a) Separado (a)	Nominal Dicotómica
	Religión	Categórica	Católico Evangélico Mormón Ateo Otros	Nominal Politómica
	Grado de escolaridad	Categórica	Sin estudios Primaria incompleta Primaria completa. Secundaria incompleta Secundaria completa.	Ordinal Politómica

			Superior Técnico Superior Universitario	
	Situación de trabajo	Categórica	Si trabaja No trabaja	Nominal Dicotómica
	Con quién vive	Categórica	Solo (a) Con pareja Familia múltiple Con amigos	Nominal Politómica
	Pertenece a grupos sociales	Categórica	Si pertenece No pertenece	Nominal Dicotómica

1.7. Justificación del estudio

El presente estudio de investigación se justifica por las siguientes razones.

1.7.1. A nivel teórico.

La presente investigación se justifica porque cada día hay más evidencia científica de que la capacidad de autocuidado condiciona la percepción del estado de salud de las personas adultas mayores; y a su vez diversos autores han destacado que este grupo etáreo es vulnerable para la presencia de diversas enfermedades cardíacas y crónico degenerativas; por lo que en el presente estudio de investigación se evidenció cómo se relacionan estas variables, a fin de formular y proponer medidas de intervención que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores..

De igual manera, esta investigación se justifica debido a que el envejecimiento se está produciendo a un ritmo más rápido y en un contexto caracterizado por una alta incidencia de pobreza y de disminución de cuidado en los adultos mayores; por lo que a través de este estudio se pretende confrontar las teorías y conceptos

relacionados a la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud como **“La Teoría del autocuidado”** y el **“Modelo de Promoción de la Salud”** con la realidad que se va evidenciar en el presente estudio; para brindar recomendaciones orientadas a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

1.7.2. A nivel práctico.

El presente estudio pertenece al área de **“Promoción de la salud y prevención de las enfermedades”** en la línea de investigación **“Salud colectiva y atención primaria en salud**, teniendo en consideración que como profesionales de la salud, se tiene como esencia de la carrera la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a través de diversas estrategias orientadas a brindar a información sobre diversas patologías a la población en general; y con esto se podrán diseñar planes de cuidado y mejora que beneficien la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud de los adultos mayores.

1.7.3. A nivel metodológico.

El estudio es un instrumento más, para futuras investigaciones, por ser confiable y validado por jueces expertos en el tema, que permiten identificar adecuadamente la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en los adultos mayores; del mismo modo el presente proyecto constituye un antecedente más para futuros estudios de mayor alcance relacionados a la problemática en estudio.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.

Sobre la problemática en estudio, se identificaron los siguientes antecedentes de investigación:

A nivel internacional.

En España, en el 2014, Alvear²³ realizó el estudio titulado “Percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor del Centro de Promoción Activa del IESS – Cuenca - 2014” con el objetivo de establecer la percepción de la capacidad de autocuidado del adulto mayor; el estudio fue de tipo descriptivo transversal, la muestra estuvo conformada por 120 adultos mayores, la técnica empleada fue la encuesta, y el instrumento utilizado fue el test de CYPAC AM en la recolección de datos. Los resultados encontrados fueron que en el 30% de los adultos mayores estudiados la percepción de autocuidado fue deficiente, las áreas con mejor desempeño (autocuidado adecuado) entre los adultos mayores se encontraron el control de adicciones (80%), la actividad física (65,8%) y el control de la medicación (64,2%); mientras los de bajos resultados fueron los de control del descanso y del sueño y el control de la eliminación en los que más del 40% de la muestra presentó una percepción de autocuidado inadecuada. Las conclusiones a las que llegó fueron que existe un déficit potencial de autocuidado en los adultos mayores estudiado, encontrando una clara

correlación entre el sexo, nivel de instrucción y percepción del autocuidado.

En Colombia, en el 2012, Bastidas, Fernández y Bonilla²⁴ realizaron el estudio titulado “Asociación entre la capacidad funcional y los resultados de autocuidado en personas con enfermedades cardiovasculares”, con el objetivo de determinar la asociación entre la capacidad funcional y el autocuidado. El estudio fue de tipo descriptivo prospectivo, la muestra estuvo conformada por 55 personas, de los cuales más del 50% eran personas mayores de 65 años; utilizando un cuestionario de capacidad funcional y un test de autocuidado en la recolección de los datos. Los resultados a los que llegaron fueron que sólo un 7,3% obtuvo los mejores puntajes en actividades de autocuidado respecto a su morbilidad, mientras que el 52,7 alcanzó los peores resultados. Los problemas fundamentales que identificaron estuvieron en la prescripción inadecuada y el incumplimiento de las terapias farmacológicas y no farmacológicas recomendadas, considerando además a la dieta, control del peso corporal y las consultas periódicas al médico.

En Cuba, en el 2010, Millán²⁵ realizó el estudio titulado “Evaluación de la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud del adulto mayor en la comunidad”; con el objetivo principal de evaluar la capacidad de autocuidado y el estado de salud de los adultos mayores. El estudio fue de tipo descriptivo, la muestra estuvo constituida por 195 personas adultas mayores; los instrumentos utilizados en la recolección de datos fueron una escala de capacidad

de autocuidado y un cuestionario de percepción de estado de salud SF – 36. Los resultados que encontró fue que el 62% de los encuestados mostraron un nivel de cuidado inadecuado y una percepción del estado de salud negativa; los problemas en el autocuidado estuvieron relacionados con el no control periódico de la salud (61%), la no realización de actividad física periódica (75%), la automedicación (33%) y la alimentación inadecuada (42%). De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado fue inadecuado el 75,2% fueron independientes y el 63,6% percibieron su estado de salud como aparentemente sanos. Concluyendo que la mayoría de adultos mayores estudiados expresaron ser independientes para realizar las actividades de la vida diaria, pero no desarrollaron adecuadamente sus capacidades de autocuidado; y que los adultos mayores que percibieron algún riesgo para su salud se cuidaban más que los que se sintieron sanos.

A nivel nacional

En el Lima, en el 2014, Garcilazo²⁶ realizó el estudio titulado “Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria en un Centro de Salud de San Juan de Miraflores 2014”, con el objetivo de determinar la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. El estudio fue de tipo descriptivo; la muestra estuvo conformada por 91 adultos mayores, utilizando y el cuestionario de Lawton y Brody y la escala de Pfeiffer en la recolección de los datos. Las conclusiones a la que llegó fueron que en la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades

instrumentales de la vida diaria predominó la dependencia; en la dimensión procedimental, los adultos mayores fueron dependientes para realizar actividades instrumentales de la vida diaria siendo las más afectadas: ir de compras, preparar la comida y responsabilizarse de la medicación; en la dimensión cognitiva del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, los que prevalecieron fue el nivel de deterioro cognitivo leve siendo los más comprometidos la memoria a largo plazo y el cálculo matemático simple.

En Lima, en el 2011, Camino²⁷, realizó el estudio titulado “Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al centro de salud Tablada de Lurín- Lima - Perú, 2011”, con el objetivo de: determinar la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores. El estudio fue de tipo descriptivo, la muestra estuvo constituida por 46 adultos mayores, utilizando un cuestionario de capacidad de autocuidado en la recolección de los datos. Las conclusiones a las que llegó fueron que los adultos mayores poseen una capacidad de autocuidado poco aceptable en la prevención de caídas, de acuerdo a los factores de riesgo intrínsecos o relacionados con la edad y los factores extrínsecos relacionados con el entorno, lo que los pone en riesgo de sufrir caídas, alterando el mantenimiento de la salud, bienestar y sobre todo la independencia y la autonomía.

A nivel local

A nivel regional y local no se encontraron antecedentes de investigación relacionados a problemática en estudio.

2.2. Bases teóricas.

Las bases teóricas que sustentan el presente estudio de investigación son:

2.2.1. Teoría del Autocuidado de Dorotea Orem.

Dorothea Orem²⁸ define su modelo como una teoría general de Enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

a) Teoría del autocuidado

En esta teoría explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del adulto mayor a su propia existencia. El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, mejorar su salud y obtener el bienestar físico y mental. Por ello, Orem define además 3 requisitos que se quieren alcanzar con el autocuidado: requisitos de autocuidado universal, de autocuidado del desarrollo y de autocuidado de desviación de salud²⁹.

b) Teoría del déficit del autocuidado

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente; determina qué se necesita de la intervención del profesional de Enfermería³⁰.

c) Teoría de los sistemas de Enfermería.

En la que se explican los modos en que el profesional de Enfermería puede atender a los adultos mayores, identificando tres tipos de sistemas:

Sistemas de Enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.

Sistemas de Enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona auto cuidado.

Sistemas de Enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto cuidado³¹.

La teoría del autocuidado se relaciona con el presente estudio puesto que los adultos mayores son personas vulnerables que necesitan constantemente de apoyo físico y emocional para la satisfacción de sus necesidades y la realización de sus actividades diarias, siendo para esto fundamental el apoyo familiar y la presencia de un personal capacitado como el profesional de Enfermería o afines.

2.2.2. Modelo de Promoción de la Salud

Fue apoyado por Nola Pender, citado por Sakraida³², quien sostuvo que la conducta está motivada por el bienestar y el potencial humano. Este modelo da respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. Por otro pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud, enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretende lograr en las personas.

Pender³³, en su modelo de promoción de la salud, afirma que promocionar la salud significa evitar o disminuir factores de riesgo y crear o aumentar los factores protectores, cambiando estilos de vida, creando una cultura de la salud y haciendo de ésta un valor. Pender, al plantear su modelo nos señala que las personas que otorgan gran importancia a su salud, tienen mayor tendencia a conservarla. Asimismo plantea que las motivaciones personales, creencias y mitos son el motor fundamental que mueve nuestras conductas a favor o en contra de la salud.

En relación al presente estudio, el Modelo de Promoción de la Salud expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de conductas de los adultos mayores, en esto caso para mejorar la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud.

2.2.3. Modelo de creencias en salud

Esta teoría surge con la intención de explicar por qué las personas no participan en programas preventivos en el contexto de salud pública. Posteriormente fue adaptada para explicar una variedad de conductas como la respuesta ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento de los tratamientos y recomendaciones médicas, la práctica de autoexploración, la participación de programas de prevención, entre otras investigaciones. Los factores que determinan la conducta de salud son de 2 tipos: percepción de amenazas sobre la propia salud y las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas³⁴.

La percepción de amenazas sobre la propia salud se encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, las creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad (percepción de vulnerabilidad) y las creencias sobre la gravedad de la enfermedad (percepción de gravedad) ³⁵.

Este modelo se relaciona con el presente estudio puesto que existe el deseo de evitar una enfermedad por la creencia de que una conducta saludable, en este caso mejorar la calidad de vida y prevenir la enfermedad en las que se encuentran, para así poder tener un buen estado de salud.

2.3. Bases conceptuales.

2.3.1. Definición de capacidad de autocuidado

La capacidad de autocuidado es definida como la percepción de las personas sobre sus habilidades para cuidar su salud de acuerdo a elementos que derivan de los componentes del poder. El autocuidado también es definido como la capacidad de cuidar la salud con responsabilidad, aprendiendo a practicar estilos de vida saludables para mantenerse sanos, activos haciendo difícil la aparición de una enfermedad o discapacidad³⁶.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS)³⁷, define el autocuidado como autoayuda, que permite una serie de actividades de salud tomadas por los individuos, familias, vecinos, amigos y grupos, que les permiten tomar decisiones sobre su propia salud.

Según Taylor³⁸, el concepto de autocuidado refuerza la participación activa de los adultos mayores en el cuidado de su salud,

como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud, haciendo necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados.

Marriner³⁹ señala que el autocuidado es la práctica de actividades que las personas llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia iniciativa y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano.

El autocuidado podría definirse como la capacidad del individuo para realizar todas las capacidades diarias para vivir y sobrevivir. Orem⁴⁰ señala que el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Al respecto, Cavanagh⁴¹, señala que las actividades para mantener la salud y el desarrollo se aprenden y están condicionadas por muchos factores incluyendo la edad, maduración y cultura.

En los adultos mayores el autocuidado puede describirse como la capacidad que tienen para realizar actividades para mantener la salud y promover un envejecimiento saludable, a través de la práctica de actividades físicas y de los roles sociales; constituyéndose el autocuidado una parte esencial en la valoración del adulto mayor, pues resume el impacto general de la condición de salud en su ambiente personal y redes de apoyo social; permitiendo monitorizar la respuesta a un tratamiento o proveer información o pronóstico para planear cuidados futuros para mantener una salud adecuada⁴².

2.3.2. Importancia del autocuidado.

La práctica del autocuidado en los adultos mayores es importante porque contribuye a:

- a) Mantener una buena salud, prevenir y reconocer tempranamente la enfermedad y participar activamente en la recuperación integral de la salud.
- b) Asumir la responsabilidad en el cuidado de la salud y las consecuencias de las acciones que realizan, fortaleciendo su soberanía y autoestima.
- c) Reconocer que las conductas y los estilos de vida son directamente responsables de la enfermedad y puede llevarlas a reorientar el rol que asumen en el cuidado de su salud⁴³.

2.3.3. Dimensiones del autocuidado en el adulto mayor.

Dentro de la capacidad de autocuidados en los adultos mayores se identifican las siguientes dimensiones:

2.3.3.1. Actividad física

Henderson, citado por García⁴⁴, menciona que el ejercicio y la actividad son importantes para el adulto mayor, como un medio para promover y preservar la salud. La actividad física mantenida a lo largo de la vida de forma continua, es un determinante del grado de funcionalidad física que observamos en esta etapa debido a que hay mayor tiempo libre y se puede aprovechar para leer, cultivar, coser, acudir a reuniones con amigos, vecinos o familiares.

Las actividades de autocuidado en el adulto mayor relacionadas al ejercicio y la actividad física forman parte importante en la

prevención primaria, debido a que el adecuado uso de los sistemas musculoesqueléticos favorece a su vez el funcionamiento cardiovascular; la movilidad es un factor importante en la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria que, a su vez, serán reflejo de la calidad de vida que cada persona desea⁴⁵.

Al respecto Donoso⁴⁶ señala que un programa de acondicionamiento físico incluye actividades como aumento de la flexibilidad, fortalecimiento y resistencia cardiovascular; recomendando la natación, el baile y las caminatas; que deben durar por lo menos 30 minutos y practicarse tres veces a la semana, si es bien tolerado.

En el adulto mayor la movilidad y funcionalidad está determinada por los cambios propios de la edad, estilos de vida, actividad física, sedentarismo, nutrición, enfermedades y estereotipos negativos. El ejercicio físico es importante para todas las edades, incluso para las personas con enfermedades crónicas, porque la vida sedentaria puede conducir a la muerte por anulación de la función, acelerando el envejecimiento, constituyéndose en un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad por lo que es básico realizar ejercicios diariamente por los beneficios físicos como psicosociales sobre la salud⁴⁷.

En el proceso de envejecimiento normal se producen cambios tanto en los músculos, huesos y las superficies articulares las que no se adaptan a los cambios provocando alteraciones en los cartílagos que contribuye para que los adultos mayores empiecen a disminuir la

actividad física y la marcha⁴⁸. Dentro de la actividad física se consideran las actividades como nadar, correr, hacer ciclismo, ir al gimnasio u otros, los que al practicarlos favorecen para la conservación de la salud de las personas y para una mejor integración, autonomía e independencia del adulto mayor⁴⁹.

2.3.3.2. Alimentación

La alimentación es un proceso fisiológico importante en todas las edades, es un proceso básico del que depende la nutrición del cuerpo por lo que es necesario ingerir una variedad de alimentos y bebidas con un adecuado contenido de nutrientes para promover y mantener la salud, retrasando algunos cambios del envejecimiento, y por ende disminuyendo la frecuencia de las enfermedades⁵⁰.

El adulto mayor en el cuidado de su alimentación debe tener una alimentación sana, balanceada, mantener un horario estable, consumir frecuentemente agua, evitar frituras, cambios bruscos y temperaturas extremas al ingerir los alimentos (muy caliente o muy frío), siendo importante que participen y disfruten de la alimentación y al mismo tiempo fomenten la comunicación familiar⁵¹.

2.3.3.3. Eliminación

La eliminación vesical e intestinal es otro de los aspectos importantes que el adulto mayor debe tener en cuenta en su autocuidado, para estar alerta a cualquier alteración de estas funciones que perjudican su salud, para ello debe organizar el horario de eliminación urinaria, por la mañana, después de las comidas, antes de acostarse y después del ejercicio⁵².

Las percepciones del adulto mayor sobre una función intestinal normal pueden variar, pues algunos adultos mayores creen que si no tienen una defecación diaria están estreñidos; pues la eliminación intestinal normal puede variar desde tres movimientos por semana, algunos adultos mayores se automedican innecesariamente, por lo que es importante que valoren la frecuencia y características de las heces, el empleo de laxantes, la dieta, los líquidos ingeridos y la actividad física⁵³.

2.3.3.4. Descanso y sueño.

Los cambios que ocurren en el organismo con el envejecimiento involucran el ritmo vigilia – sueño o “reloj biológico”; conforme las personas envejecen la estructura del sueño se modifica con una tendencia a tener un sueño más fragmentado con múltiples despertares y un aumento del tiempo del sueño liviano, como resultado de alteraciones o modificaciones hormonales que ocasionan cambios en las distintas etapas del sueño⁵⁴.

Por lo general, el adulto mayor suele demorar más tiempo en iniciar el sueño, siendo la conciliación del sueño más temprana y se despiertan más fácilmente; otra de las modificaciones que ocurren en la vejez es el sueño profundo o reparador que disminuye aumentando el número de siestas compensatorias⁵⁵.

2.3.3.5. Higiene y confort.

El aseo y confort de un adulto mayor, se define como el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar al aseo personal y comodidad del paciente; incluye los procedimientos de higiene y limpieza

corporal y de mucosas externas; favoreciendo la salud general del individuo. Al no poder realizarlo por sí sólo, disminuye su autoestima, su pudor, disminuyendo su comodidad y confort⁵⁶.

En su autocuidado el adulto mayor debe valorar y establecer horarios (diurno, nocturno) para realizar la higiene o el baño, en el cual debe utilizar jabones que no resequen su piel, así como el correcto uso de la toalla para el secado de las partes del cuerpo⁵⁷.

2.3.3.6. Medicación

El adulto mayor en su autocuidado tiene la capacidad y responsabilidad de seguir con su tratamiento ya establecido, debe estar claro con respecto ya que tiene efectos negativos en el proceso de conservar la salud. Las personas mayores son, por lo general, más sensibles a los fármacos y necesitan dosis diferentes; una buena comunicación con una explicación clara resulta útil para asegurar que cumpla fielmente y no altere la dosis del fármaco por su cuenta para disminuir los efectos secundarios. Las personas de la tercera edad que asumen la posibilidad de vigilar los efectos positivos y negativos del tratamiento, y de discutirlos con su médico, farmacéutico o enfermero (a) antes de tomar la decisión de modificar o suspender el tratamiento por su cuenta tienen más probabilidades de obtener mejores resultados⁵⁸.

2.3.3.7. Control del estado de salud

El adulto mayor participa en la planificación de su propia asistencia sanitaria; ya que el envejecimiento es un proceso fisiológico natural, que se inicia desde que se nace y se mantiene a

lo largo del ciclo de la vida; la mala salud no es consecuencia del envejecimiento sino que está relacionada con factores de riesgo modificables como: nutrición inadecuada, poca actividad física, fumar y no hacerse exámenes médico y de tamizaje preventivos: autoexamen de mamas, control de peso, control de glucosa, inspección de la boca, medición de temperatura entre otros. La mayoría de las autoridades sanitarias recomiendan un examen periódico a la personas adultas mayores al menos una vez al año, aunque la frecuencia de esta se reajustará según el grado de vulnerabilidad y salud del adulto mayor⁵⁹.

2.3.3.8. Control de adicciones y hábitos nocivos

El adulto mayor debe evitar el consumo de bebidas alcohólicas porque causan problemas en el organismo y en el comportamiento, cansancio e incapacidad para cuidarse a sí mismo, confusión, caídas, etc.; el adulto mayor bebedor corre el riesgo de tener problemas de salud por las reacciones que se presentan cuando se combinan alcohol y medicinas. Otro hábito es el tabaquismo, que constituye una forma de dependencia el mismo que conlleva a que desarrolle graves enfermedades en el adulto mayor como el cáncer de pulmón, laringe, vejiga y otros⁶⁰.

2.3.4. Definición de percepción del estado de salud.

La percepción del estado de salud tiene diferentes significados para las personas, la más utilizada es que la salud es la ausencia de enfermedad, lo que da una idea de una condición o estado óptimo. Simmons⁶¹ considera a la salud como el máximo potencial humano

para realizar su rol social, señalando que tiene que ver con la capacidad de adaptación del organismo para responder a diversos cambios y alcanzar un equilibrio total entre las esferas biológica, psicológica y sociocultural. Por su parte Orem⁶² conceptualiza a la salud como el estado de totalidad e integridad estructural con óptimo funcionamiento de cuerpo y mente.

Según la OMS la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedad; en los adultos mayores más que en otros grupos de edad la salud implica subjetividad, ya que depende de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social⁶³.

Según Suárez⁶⁴ la percepción del estado de salud es la opinión que tiene una persona, respecto a los atributos físicos que lo caracterizan de manera relativamente estable; incluyendo la evaluación de lo percibido en forma de aceptación o rechazo de la representación física de la salud de la persona.

En los adultos mayores la percepción del estado de salud está regulada por la cantidad de enfermedades que padezcan y por características como la edad, sexo, estado civil, red social, por su implicación social y bienestar psicológico⁶⁵.

2.3.5. Dimensiones de la percepción del estado de salud en el adulto mayor.

La percepción del estado de salud en el adulto mayor está estrechamente relacionado con la calidad de vida; considerándose 3 dimensiones en su estudio: física, psicológica y social⁶⁶.

2.3.5.1. Dimensión Física.

Constituye la percepción de la salud relacionada al estado físico del adulto mayor, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial en el adulto mayor para tener una percepción positiva de su estado de salud⁶⁷.

El bienestar físico se refiere al nivel de susceptibilidad del adulto mayor frente a una enfermedad, peso corporal, cuidado, agudeza visual, fortaleza, potencia, coordinación, nivel de tolerancia y rapidez de recuperación que tienen los adultos mayores; siendo relacionada con la conservación de la salud, hábitos saludables de alimentación, sueño e higiene, y sobre todo con las prácticas de autocuidado⁶⁸.

2.3.5.2. Dimensión Psicológica

Constituye la percepción del adulto mayor respecto a su estado cognitivo y afectivo como la ansiedad, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento o presencia de enfermedades⁶⁹.

La presencia de enfermedades suelen venir acompañados de trastornos psicológicos y afectivos como la depresión, ansiedad latente ante el futuro, disminución de las relaciones y del contacto con actividades sociales que afecta directamente el bienestar y la percepción del estado de salud del adulto mayor⁷⁰.

2.3.5.3. Dimensión social

Constituye la percepción del adulto mayor respecto a las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico – paciente, el desempeño laboral, entre otros⁷¹. En el adulto mayor la interacción social y la recreación constituyen un proceso que les facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creaciones y libertad, en el pleno desarrollo de sus potencialidades para el mejoramiento de la calidad de vida, mediante la práctica de actividades físicas, de esparcimiento y recreación que les permitan tener una mejor percepción de su estado de salud⁷².

2.4. Definición de términos operacionales.

Capacidad de autocuidado.- Son las actividades que realizan los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle para mantener un óptimo estado de salud, desarrollo y bienestar; dividido operacionalmente en 8 dimensiones: actividad física, alimentación, eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, medicación, control de la salud, control de adicciones y hábitos nocivos.

Percepción del estado de salud.- Opinión que tienen sobre su estado de salud los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle; operacionalmente dividida en 3 dimensiones: física, psicológica y social.

Adultos mayores.- Hombres y mujeres mayores de 60 años de edad que acuden al Centro de Salud de Santa María del Valle.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio.

Según los objetivos de la investigación el presente estudio fue de tipo **descriptivo analítico**, porque se estudió el fenómeno de acuerdo a las características propias de la población y magnitud del problema sin dar seguimiento posterior al fenómeno, pues estuvo dirigido a determinar cómo se encuentra la situación de las variables, que sirvieron para caracterizar el problema estudiado.

De acuerdo la intervención de la investigadora fue de tipo **observacional**, porque no existió intervención de la investigadora, y los datos obtenidos reflejaron la evolución natural de la relación existente entre la capacidad de autocuidado y la percepción de la salud en los adultos mayores considerados en el presente estudio.

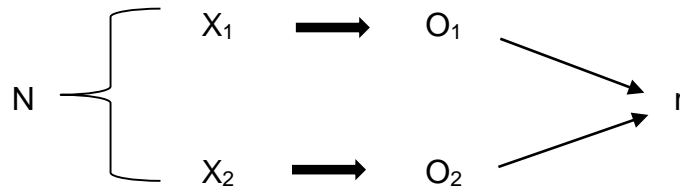
Según la planificación de la toma de datos fue de tipo **prospectivo**, porque se recolectó la información tal y como ocurrieron los fenómenos que se presentaron en el momento de los hechos, estableciendo la relación entre la capacidad de autocuidado y la percepción de salud en la muestra en estudio.

Y por el número de ocasiones en que se midieron las variables fue de tipo **transversal**, porque se estudiaron las variables capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud simultáneamente en un determinado momento, haciendo un solo corte en el tiempo, permitiendo presentar la información tal y como ocurrió en un determinado tiempo y espacio.

3.2. Diseño de estudio.

El diseño utilizado en la presente investigación fue el **correlacional**, tal como se presenta en el siguiente esquema:

DIAGRAMA:



Dónde:

- N** : Población de adultos mayores
- X₁** : Capacidad de autocuidado
- X₂** : Percepción de salud
- O₁** : Observación 1.
- O₂** : Observación 2.
- r** : Relación entre las variables.

3.3. Población.

La población considerada en el presente estudio estuvo conformada por todos los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle, ubicado en el distrito del mismo nombre, que según datos obtenidos de los registros del programa de adulto mayor de esta institución son en total 72 adultos mayores.

3.3.1. Características generales de la población.

a) Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio a los adultos mayores que cumplieron con las siguientes condiciones:

- Residieron más de 6 meses en la localidad de Santa María del Valle.
- Se encontraron lúcidos, orientados en tiempo, espacio y persona.
- Aceptaron participar voluntariamente del estudio mediante la firma consentimiento informado.

b) Criterios de exclusión.

No se incluyeron en el estudio a los adultos mayores que tengan las siguientes características:

- Tienen enfermedades crónicas que generan limitación completa de su dependencia.
- Presentaron episodios de enfermedades agudas en el momento de la aplicación de los instrumentos de investigación.
- Se encontraron con alteraciones mentales (alzhéimer, y otros relacionados).
- No aceptaron participar del estudio (rechazaron el consentimiento informado).
- Se mudaron de la localidad de Santa María del Valle a otros lugares durante el proceso de recolección de datos.
- Fallecieron durante el estudio independiente a la causa.

3.3.2. Ubicación de la población en el espacio y tiempo.

- ❖ **Ubicación en el espacio:** El estudio de investigación se realizó en el Centro de Salud de Santa María del Valle ubicado en el Jr. Leoncio Prado N° 504, en el distrito de Santa María del Valle, en la provincia y departamento de Huánuco.

- ❖ **Ubicación en el tiempo:** Fue de acuerdo a la duración de la ejecución del presente estudio, se realizó en los meses de abril a mayo del 2016.

3.4. Muestra y muestreo.

3.4.1. Unidad de análisis.

Adultos mayores que acudieron al Centro de Salud de Santa María del Valle

3.4.2. Unidad de muestreo.

La unidad seleccionada en la presente investigación será igual que la unidad de análisis.

3.4.3. Marco muestral.

Nómina de adultos mayores de la localidad que se encuentran registrados en el Programa de Adulto Mayor del Centro de Salud de Santa María del Valle que se construyó en una hoja de cálculo del programa Excel 2013.

3.4.4. Población muestral.

Por ser la población de estudio una población pequeña se vio por conveniente aplicar el método de población muestral; para tal fin se tomará como muestra de estudio a la población considerada en la investigación; es decir, a todos los adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Santa María del Valle, que según datos obtenidos proporcionados por la responsable del Programa de Adulto Mayor de la institución se encuentra conformada en total por 72 adultos mayores que acuden en forma continua a este Establecimiento de Salud.

3.5. Técnicas e instrumentos utilizados en la investigación

3.5.1. Técnicas.

Las técnicas usadas en el presente estudio fueron la entrevista y la encuesta, que permitieron obtener información adecuada respecto a la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.

3.5.2. Instrumentos.

Entre los instrumentos que fueron empleados dentro de la presente investigación tenemos los siguientes:

- **Guía de entrevista de las características sociodemográficas de la muestra en estudio (Anexo 1).**

Este instrumento permitió conocer las características sociodemográficas de los adultos mayores. Estuvo constituida por 6 preguntas divididas en 2 dimensiones: características demográficas (edad, género) y características sociales (estado civil, religión, grado de escolaridad, situación de trabajo actual).

- **Test CYPAC – AM: “Capacidad y percepción del autocuidado del adulto mayor” (Anexo N° 02).**

Este instrumento fue validado y usado por Millán⁷³ en su estudio de investigación. En el presente estudio fue utilizado para medir la capacidad de autocuidado de los adultos mayores y está constituido por 24 preguntas relacionadas a las actividades de autocuidado divididas en 8 dimensiones: actividad física, alimentación, eliminación, descanso y sueño, higiene, medicación, control de la salud y adicciones o hábito nocivos.

Las opciones de respuesta para cada una de los ítems fueron: “sí”, “a veces”, y “no”, y algunas con alternativas múltiples de respuesta según corresponda a las preguntas que se realizarán a los adulto mayores en estudio. La valoración de los ítems se realizó de la siguiente manera: la primera pregunta de cada dimensión determinó el nivel de independencia o no, para realizar esa actividad; si la respuesta era negativa, la persona era dependiente y por tanto tenía déficit de autocuidado, pero si la respuesta era positiva, la persona era independiente para esa actividad; entonces se medían los otros ítems,

Si se encontraba 3 o más respuestas positivas y ninguna respuesta negativa; se consideró el autocuidado como adecuado y se le daba una puntuación de 3 puntos; si se encontraba 2 o más respuestas intermedias (a veces); se consideraba al autocuidado como parcialmente adecuado y se le daba una puntuación de 2 puntos; y si se encontraba más de una respuesta negativa; se consideraba el autocuidado como inadecuado y se le daba una puntuación de 1 punto.

La medición de la variable capacidad de autocuidado se efectuó de la siguiente forma: autocuidado adecuado = 21 a 24 puntos; autocuidado parcialmente adecuado = 16 a 20 puntos, autocuidado inadecuado = 15 puntos o menos sin ninguna categoría evaluada con 0 puntos; y déficit de autocuidado = y con déficit de autocuidado = 15 puntos o menos, y con más de una categoría evaluada con 0 puntos.

Asimismo, la medición en las dimensiones actividad física, alimentación, eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, medicación, control de la salud y hábitos nocivo se realizó de la siguiente manera: autocuidado adecuado = 4 puntos; autocuidado parcialmente adecuado = 2 a 3 puntos; autocuidado inadecuado = 1 punto y déficit de autocuidado = 0 puntos.

- **Cuestionario de percepción del estado de salud modificado (Anexo N° 03).**

Este instrumento permitió medir la percepción del estado de salud de los adultos mayores; y estuvo constituido por 26 con preguntas relacionadas a la percepción del estado de salud, divididas en 3 dimensiones: física (función física, rol físico, dolor corporal y salud física), psicológica (función emocional, rol emocional y salud mental o emocional) y social (función social)

La valoración de la variable percepción del estado de salud se realizó de acuerdo a la respuesta encontrada, asignando 1 punto por cada respuesta considerada saludable y 0 puntos por cada respuesta considerada no saludable.

La medición de la variable percepción del estado de salud se efectuó de la siguiente forma: saludable = 14 a 26 puntos y no saludable = 0 a 13 puntos.

Respecto a la evaluación por dimensiones, en la dimensión física la medición de la variable percepción del estado de salud se realizó de la siguiente manera: saludable = 7 a 12 puntos y no saludable = 0 a 6 puntos.

Asimismo, en la dimensión psicológica la medición de la percepción del estado de salud se estableció del siguiente modo: saludable =6 a 10 puntos y no saludable = 0 a 5 puntos.

Y por último, en la dimensión social la medición de la percepción del estado de salud se estableció del siguiente modo: saludable =3 a 4 puntos y no saludable = 0 a 2 puntos.

3.6. Validación de los instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos de recolección de datos usados en el presente estudio fueron diseñados y validados previamente en diversos estudios relacionados a la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en los adultos mayores; pero para adaptar el instrumento al contexto de la realidad sociocultural del estudio, estos instrumentos volvieron a ser sometidos a pruebas de validez mediante el juicio de expertos, con el fin de adaptar algunas terminologías que pudieron ser poco entendibles para los adultos mayores considerados en el estudio; procediendo de la siguiente manera:

Se seleccionaron 4 jueces expertos, quienes evaluaron los ítems de los instrumentos de investigación, en términos de relevancia o congruencia con el universo de contenido, la claridad y la tendenciosidad o el sesgo en la formulación de los ítems, para adaptar los términos a la realidad de nuestra población en estudio.

En general los jueces expertos seleccionados para realizar la evaluación de los instrumentos concordaron en que por tratarse de instrumentos estandarizados y que ya fueron validados y utilizados en diversos estudios de investigación era factible su aplicación en la

muestra en estudio, pero también coincidieron que por tratarse de una zona rural de Huánuco era conveniente adecuar algunas terminologías a la realidad sociocultural de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle para obtener una mejor precisión, validez y confiabilidad en los resultados encontrados.

Por otra parte, en forma específica, las apreciaciones y sugerencias de cada uno de los jueces expertos respecto a los instrumentos de investigación fueron:

✓ **Juez Experto N° 01: Nut. Gladys Liliana Rodríguez de Lombardi**

(Nutricionista Clínica Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano); la experta consideró que los ítems considerados en las dimensiones de los instrumentos de investigación eran adecuados para medir las variables en estudio; sin embargo sugirió sustituir algunas terminologías por palabras que fueran entendibles y acordes con la realidad que viven los adultos mayores en las zonas rurales; por ejemplo modificar “usar una aspiradora” por “usar una lampa o pala”; “subir varios pisos por las escaleras” por “trabajar en la chacra”; entre otras terminologías; recomendando que después de ello se podía aplicar en la muestra en estudio.

✓ **Juez Experto N° 02: Lic. David Barrueta Santillán** (Enfermero

Asistencial Hospital II ESSALUD Huánuco); el experto consideró que se debían reformular y modificar algunas preguntas pues estas resultaban ambiguas y podían causar confusión en los adultos mayores respecto a las opciones de respuesta, por ejemplo: “levantar o acarrear bolsa de compras”, pues la mayoría de adultos

mayores de la localidad en estudio se dedican a actividades agrícolas y al cuidado de su chacrita, recomendando que se utilicen como ejemplos estos tipos de actividades para tener una mejor percepción de la capacidad de autocuidado y del estado de salud de los adultos mayores en estudio; y que una vez subsanada esta observación se podía aplicar el instrumento de investigación en la muestra en estudio.

- ✓ **Juez Experto N° 03: Lic. Patricia Valles Solórzano** (Enfermera Asistencial Puesto de Salud de Llicua); la experta recomendó la modificación de algunas terminologías, pues señaló que la mayoría de adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle eran oriundos de zonas rurales, propias de las comunidades campesinas y que algunas frases como “usar aspiradora”, “hacer esfuerzos físicos intensos”, “mirar sus deposiciones”; podrían generar confusión en los adultos mayores; sugiriendo reemplazar con términos relacionados a su realidad cultural y que después de ello se podría aplicar los instrumentos en la muestra en estudio.
- ✓ **Juez Experto N° 04: Lic. Silverio Bravo Castillo** (Enfermero Independiente, asesor metodológico de tesis de investigación); el experto señaló que los instrumentos eran adecuado para medir la variable en estudio, recomendando su aplicación inmediata respetando la idiosincrasia cultural de la muestra en estudio.

Asimismo, en la validación cuantitativa se consideró la estimación del nivel de confiabilidad de los instrumentos del presente estudio de investigación, realizándose los siguientes procedimientos: se llevó a

cabo una prueba piloto donde se sometió los instrumentos de recolección de datos a evaluación en nuestro contexto; realizando el control del tiempo y logística necesaria para la aplicación de cada instrumento. Esta pequeña prueba se realizó en el Centro de Salud de la localidad de Churubamba, considerando a 15 adultos mayores con características similares a nuestra muestra en estudio.

Posteriormente se procedió a determinar el análisis de confiabilidad del instrumento “Test de capacidad y percepción del autocuidado del adulto mayor”, a través del coeficiente de KR – 20 de Kuder Richardson, obteniéndose un valor de confiabilidad de 0,89; que indicó que este instrumento tenía un grado de confiabilidad alto, validando su uso en el presente estudio de investigación.

Asimismo se determinó la confiabilidad del instrumento “Cuestionario de percepción del estado de salud modificado” a través del coeficiente del alfa de cronbach, obteniéndose un valor de confiabilidad de 0,83 que también indicó un nivel alto de confiabilidad validando por ello su uso dentro de la investigación.

3.7. Procedimientos de recolección de datos

Autorización. Para obtener los permisos respectivos para la aplicación del trabajo de campo, se emitió un oficio dirigido al director del Centro de Salud de Santa María del Valle solicitando la autorización respectiva para la recolección de datos a través de la aplicación de los instrumentos de investigación. Asimismo se realizaron las coordinaciones respectivas con la coordinadora del Programa del Adulto Mayor de esta institución con el objetivo de explicar el propósito

del estudio y solicitar la colaboración respectiva brindando las facilidades necesarias para la identificación adecuada de los adultos mayores que acuden al Establecimiento de Salud.

Aplicación de instrumentos. Dentro del proceso de aplicación de instrumentos se realizaron las siguientes actividades:

- Se coordinó con el director del Centro de Salud de Santa María del Valle para obtener la autorización para la aplicación de los instrumentos en los adultos mayores en estudio.
- Se realizó una reunión de coordinación con la licenciada en Enfermería responsable del Programa de Adulto Mayor de la localidad de Santa María del Valle, donde se le explicó el propósito y los objetivos del estudio, posteriormente se realizó la identificación de los adultos mayores inscritos en los registros de esta institución, y se programó como fechas para la aplicación de los instrumentos de investigación los días comprendidos entre el 9 y 18 de Mayo del año 2016.
- Se contrataron a 2 encuestadores expertos en aplicación de instrumentos, a quienes se les explicó en forma clara y precisa la metodología a seguir durante el proceso de recolección de datos.
- Se llegó al Centro de Salud la fecha programada para la recolección de los datos en compañía de los encuestadores contratados para la aplicación de los instrumentos, los cuales estuvieron debidamente identificados, realizando la presentación respectiva al director y personal de la institución y solicitando su colaboración para el desarrollo del estudio.

- Se acondicionó un ambiente adecuado para realizar la aplicación de los instrumentos y se recepcionó a los adultos mayores seleccionados para el estudio de investigación.
- Antes de la aplicación de los instrumentos se les explicó en forma detallada a los adultos mayores el objetivo del presente estudio; leyéndoles en voz alta el consentimiento informado; y después de verificar que comprendieron todos los puntos, se les solicitó la firma respectivo del mismo, dejando evidencia escrita de su aceptación en el estudio de investigación; procediéndose a formularles las preguntas planteadas en los instrumentos de investigación.
- Se recolectó la información según el cronograma previamente establecido y se recopiló la información de forma minuciosa para evitar posibles errores; y poder realizar una adecuada elaboración y procesamiento de los mismos.
- Se agradeció al director del Centro de Salud y a la coordinadora del Programa de Adulto Mayor por la colaboración brindada y nos retiramos de la institución.

3.8. Elaboración de los datos.

Para la elaboración de los datos de la presente investigación se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

- **Revisión de los datos.** En esta etapa se examinó en forma crítica los instrumentos de investigación; realizando el control de calidad respectivo, que permitió realizar las correcciones pertinentes en los resultados obtenidos durante la ejecución del estudio.

- **Codificación de los datos.** Se transformaron las respuestas obtenidos en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos, según las variables consideradas en el presente estudio: capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud
- **Procesamiento de los datos.-** Luego de la recolección de datos .estos fueron procesados en forma manual, mediante el programa de Excel 2013, previa elaboración de la tabla de código y tabla matriz física; para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SSPS 20.00.
- **Plan de tabulación de datos.-** En base a los resultados obtenidos, y para responder al problema y los objetivos planteados inicialmente, se tabularon los datos en cuadros de frecuencias y porcentajes, para la parte descriptiva de la investigación, facilitando la observación de las variables en estudio, capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud de los adultos mayores considerados en el presente estudio.
- **Presentación de datos.-** Se presentaron los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio, a fin de realizar su análisis e interpretación de acuerdo al marco teórico y conceptual correspondiente a la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.

3.9. Análisis e interpretación de datos.

- **Análisis descriptivo.** Se detallaron las características de cada una de las variables según grupos de estudio, de acuerdo al tipo de

variable en que se trabajaron (categórica o numérica); teniendo en cuenta las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables numéricas y de frecuencia para las variables categóricas. Además, se emplearon tablas y figuras en la presentación de los datos, y para facilitar la comprensión de los resultados obtenidos, tratando de que el estímulo visual sea simple, resaltante y de fácil comprensión.

- **Análisis inferencial.** Para demostrar la relación de las dimensiones del presente estudio, se realizó un análisis bivariado a través de la prueba no paramétrica de Chi – cuadrado para determinar la relación entre las variables en estudio. En la significancia estadística se considerará el valor $p \leq$ de 0,05.

El procesamiento de los datos se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico SSPS versión 20.0 para Windows.

3.10. Consideraciones éticas de la investigación

Previo a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se solicitará el consentimiento informado de cada uno de los adultos mayores considerados en el presente estudio; asimismo se considerarán los principios éticos que se explican a continuación

- **Beneficencia;** se respetó este principio porque se buscó que los resultados del presente estudio beneficien a cada uno de los participantes, que permitan la implementación de programas orientadas a mejorar la capacidad de autocuidado de los adultos mayores que influyen en la mejora de la percepción que estos tengan respecto a su estado de salud.

- **No maleficencia;** se respetó este principio, porque no se puso en riesgo la dignidad, ni los derechos ni el bienestar de las participantes, ya que la información obtenida fue de carácter confidencial y de uso estricto sólo para fines del presente estudio de investigación.
- **Autonomía;** se respetó este principio, ya que se les explicó en forma clara y precisa que podían retirarse de la investigación en el momento que lo desearan, o si se sentían incómodas por las preguntas que se les realizaban.
- **Justicia;** se respetó este principio, puesto que se aplicó el consentimiento informado de carácter escrito a cada una de las personas adultas mayores consideradas en el estudio de investigación, los cuales se solicitaron en el momento de abordar al participante en el estudio, pudiendo negarse a participar si así lo consideraba conveniente.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivos.

4.1.1. Características generales de la muestra en estudio.

Tabla 01. Edad en años de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.

Edad en años	Frecuencia	%
65 a 72	22	30,6
73 a 80	32	44,4
81 a 88	18	25,0
Total	72	100,0

Fuente: Ficha de entrevista de características sociodemográficas (Anexo 01).

En cuanto a la edad de los adultos mayores en estudio, se pudo identificar que el 44,4% (32 adultos mayores) tienen edades comprendidas entre los 73 y 80 años, asimismo se pudo apreciar que el 30,6% (22 adultos mayores) tienen edades comprendidas entre 65 a 72 años; y, por último, el 25,0% restante (18 adultos mayores) presentan edades comprendidas entre 81 a 88 años de edad.

Tabla 02. Género de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle – Huánuco 2016.

Género	Frecuencia	%
Masculino	23	31,9
Femenino	49	68,1
Total	72	100,0

Fuente: Ficha de entrevista de características sociodemográficas (Anexo 01).

En cuanto al género de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Santa María del Valle, se encontró que el 68,1% (49 adultos mayores) pertenecieron al género femenino; mientras que el 31,9% restante (23 adultos mayores) fueron del género masculino.

Tabla 03. Estado civil de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltero (a)	03	4,2
Casado (a)	27	37,5
Conviviente	12	16,7
Separado (a)	10	13,9
Viudo (a)	20	27,8
Total	72	100,0

Fuente: Ficha de entrevista de características sociodemográficas (Anexo 01).

Respecto al estado civil de los adultos mayores en estudio, se puede observar que el 37,5% (27 adultos mayores) estuvieron casados; asimismo, el 27,8% (20 adultos mayores) fueron viudos; el 16,7% (12 adultos mayores) fueron convivientes; el 13,9% (10 adultos mayores) se encuentran separados de sus parejas; y por último, el 4,2% restante (3 adultos mayores) refirieron que se encuentran solteros en la actualidad.

Tabla 04. Religión de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle – Huánuco 2016.

Religión	Frecuencia	%
Católico	42	58,3
Evangélico	30	41,7
Total	72	100,0

Fuente: Ficha de entrevista de características sociodemográficas (Anexo 01).

En relación a la religión de los adultos mayores considerados en el estudio, se pudo apreciar que el 58,3% (42 adultos mayores) profesan la religión católica; mientras que el 41,7% restante (30 adultos mayores) profesan la religión evangélica. Cabe resaltar que no se encontraron adultos mayores que profesaron otros tipos de religión en esta localidad.

Tabla 05. Grado de escolaridad de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle – Huánuco 2016.

Grado de Escolaridad	Frecuencia	%
Sin ningún grado	41	56,9
Primaria incompleta	21	29,2
Primaria completa	06	8,3
Secundaria incompleta	03	4,2
Secundaria completa	01	1,4
Total	72	100,0

Fuente: Ficha de entrevista de características sociodemográficas (Anexo 01).

En cuando al grado de escolaridad de los adultos mayores considerados en el estudio, se pudo apreciar que el 56,9% (41 adultos mayores) no tienen ningún grado de escolaridad, siendo mayoritariamente analfabetos; asimismo, el 29,2% (21 adultos mayores) declararon tener primaria incompleta; el 8,3% (6 adultos mayores) manifestaron tener primaria completa; el 4,2% (2 adultos mayores) refirieron tener secundaria incompleta; y por último, sólo un 1,4% (1 adulto mayor) señaló tener como nivel de escolaridad, la secundaria completa.

Tabla 06. Condición de trabajo actual de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.

Condición de trabajo actual	Frecuencia	%
Si trabaja	28	38,9
No trabaja	44	61,1
Total	72	100,0

Fuente: Ficha de entrevista de características sociodemográficas (Anexo 01).

Respecto a la condición de trabajo actual de los adultos mayores en estudio, se pudo encontrar que el 61,1% (44 adultos mayores) manifestaron que no se encuentran trabajando actualmente, pues la mayoría se dedica a estar en el hogar y realizar labores domésticas como el cuidado del hogar, cuidado de los nietos, entre otras actividades; mientras que el 38,9% restante (28 adultos mayores) refirieron que se encuentran trabajando actualmente, dedicándose mayoritariamente a actividades relacionadas a la agricultura, comercio y tejido, propias de la localidad en estudio.

Tabla 07. Personas con quienes viven los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle – Huánuco 2016.

Personas con quienes viven	Frecuencia	%
Solo (a)	11	15,3
Solo con mi pareja	15	20,8
Familia múltiple (pareja, hijos, nietos)	46	63,9
Total	72	100,0

Fuente: Ficha de entrevista de características sociodemográficas (Anexo 01).

Respecto a las personas con las que viven los adultos mayores, en el presente estudio se pudo identificar que el 63,9% (46 adultos mayores) refirieron que tenían una familia múltiple en su hogar, es decir, que vivían con varias personas en su hogar, entre los que se encuentran en mayor o menor proporción la pareja, hijos, nietos y demás familiares; asimismo, el 20,8% (15 adultos mayores) manifestaron que solamente vivían con su pareja; y por último, el 15,3% restante (11 adultos mayores) señalaron que se encuentran viviendo solos (as) en la actualidad.

Tabla 08. Participación en grupos sociales de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle – Huánuco 2016.

Participación en grupos sociales	Frecuencia	%
Si participa	59	81,9
No participa	13	18,1
Total	72	100,0

Fuente: Ficha de entrevista de características sociodemográficas (Anexo 01).

En cuanto a la participación en grupos sociales de los adultos mayores considerados en el estudio, se pudo identificar que el 81,9% (59 adultos mayores) participa en grupos sociales, mayormente organizados por el Programa de Adulto Mayor del Centro de Salud de Santa María del Valle; mientras que el 18,1% restante (13 adultos mayores) declararon no participar en grupos sociales, debido fundamental a que no gozaban de un buen estado salud y tenían limitaciones físicas y funcionales que dificultaban su participación.

Cabe mencionar que el 100% de adultos mayores entrevistados refirieron que son beneficiarios del Programa Pensión 65 en la localidad en estudio.

4.1.2. Capacidad de autocuidado de los adultos mayores

Tabla 09. Capacidad de autocuidado en la dimensión actividad física de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle – Huánuco 2016.

Capacidad de Autocuidado Actividad Física	Frecuencia	%
Autocuidado adecuado	23	31,9
Autocuidado parcialmente adecuado	35	48,7
Autocuidado inadecuado	09	12,5
Déficit de autocuidado	05	6,9
Total	72	100,0

Fuente: Test CYPAC – AM Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (Anexo 02).

Respecto a la capacidad de autocuidado relacionada a la necesidad de actividad física de los adultos mayores considerados en el presente estudio, se puede apreciar que el 48,7% (35 adultos mayores) tuvieron un autocuidado parcialmente adecuado; el 31,9% (22 adultos mayores) presentaron un autocuidado adecuado; el 12,5% (9 adultos mayores), tuvieron un autocuidado inadecuado; y por último, el 6,9% restante (5 adultos mayores) presentaron déficit de autocuidado en las actividades relacionadas a la actividad física de los adultos mayores.

Tabla 10. Capacidad de autocuidado en la dimensión alimentación de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle – Huánuco 2016.

Capacidad de Autocuidado Alimentación	Frecuencia	%
Autocuidado adecuado	35	48,7
Autocuidado parcialmente adecuado	12	16,6
Autocuidado inadecuado	09	12,5
Déficit de autocuidado	16	22,2
Total	72	100,0

Fuente: Test CYPAC – AM Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (Anexo 02).

Respecto a la capacidad de autocuidado relacionada a la necesidad de alimentación de los adultos mayores considerados en el presente estudio, se puede observar que el 48,7% (35 adultos mayores) tuvieron un autocuidado adecuado; el 22,2% (16 adultos mayores) presentaron déficit de autocuidado; el 16,6% (12 adultos mayores), tuvieron un autocuidado parcialmente adecuado; y por último, el 12,5% restante (9 adultos mayores) presentaron autocuidado inadecuado en las actividades relacionadas a la alimentación de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.

Tabla 11. Capacidad de autocuidado en la dimensión eliminación de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle – Huánuco 2016.

Capacidad de Autocuidado Eliminación	Frecuencia	%
Autocuidado adecuado	16	22,2
Autocuidado parcialmente adecuado	39	54,2
Autocuidado inadecuado	13	18,0
Déficit de autocuidado	04	5,6
Total	72	100,0

Fuente: Test CYPAC – AM Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (Anexo 02).

Respecto a la capacidad de autocuidado relacionada a la necesidad de eliminación de los adultos mayores considerados en el presente estudio, se puede apreciar que el 54,2% (39 adultos mayores) tuvieron un autocuidado parcialmente adecuado; el 22,2% (16 adultos mayores) presentaron un autocuidado adecuado; el 18,0% (13 adultos mayores), tuvieron un autocuidado inadecuado; y por último, el 5,6% restante (4 adultos mayores) presentaron déficit de autocuidado en las actividades relacionadas a la necesidad fisiológica de eliminación de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.

Tabla 12. Capacidad de autocuidado en la dimensión descanso y sueño de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle – Huánuco 2016.

Capacidad de Autocuidado Descanso y Sueño	Frecuencia	%
Autocuidado adecuado	30	41,7
Autocuidado parcialmente adecuado	14	19,4
Autocuidado inadecuado	10	13,9
Déficit de autocuidado	18	25,0
Total	72	100,0

Fuente: Test CYPAC – AM Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (Anexo 02).

Respecto a la capacidad de autocuidado relacionada a la necesidad de descanso y sueño de los adultos mayores considerados en el estudio, se puede apreciar que el 41,7% (30 adultos mayores) tuvieron un autocuidado adecuado; el 25,0% (18 adultos mayores) presentaron déficit de autocuidado; el 19,4% (14 adultos mayores), tuvieron un autocuidado parcialmente adecuado; y por último, el 13,9% restante (10 adultos mayores) presentaron autocuidado inadecuado en las actividades relacionadas a la necesidad fisiológica de descanso y sueño de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.

Tabla 13. Capacidad de autocuidado en la dimensión higiene y confort de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle – Huánuco 2016.

Capacidad de Autocuidado Higiene y Confort	Frecuencia	%
Autocuidado adecuado	22	30,6
Autocuidado parcialmente adecuado	21	29,2
Autocuidado inadecuado	17	23,6
Déficit de autocuidado	12	16,6
Total	72	100,0

Fuente: Test CYPAC – AM Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (Anexo 02).

Respecto a la capacidad de autocuidado relacionada a la necesidad de higiene y confort de los adultos mayores considerados en el presente estudio, se puede apreciar que el 30,6% (22 adultos mayores) tuvieron un autocuidado adecuado; el 29,2% (21 adultos mayores) presentaron un autocuidado parcialmente adecuado; el 23,6% (17 adultos mayores), tuvieron un autocuidado inadecuado; y por último, el 16,6% restante (12 adultos mayores) presentaron déficit de autocuidado en las actividades relacionadas a la necesidad de higiene y confort de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.

Tabla 14. Capacidad de autocuidado en la dimensión medicación de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle – Huánuco 2016.

Capacidad de Autocuidado Medicación	Frecuencia	%
Autocuidado adecuado	21	29,2
Autocuidado parcialmente adecuado	09	12,5
Autocuidado inadecuado	07	9,7
Déficit de autocuidado	35	48,6
Total	72	100,0

Fuente: Test CYPAC – AM Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (Anexo 02).

Respecto a la capacidad de autocuidado relacionada a la necesidad de medicación de los adultos mayores considerados en el presente estudio, se puede apreciar que el 48,6% (35 adultos mayores) presentaron déficit de autocuidado en esta dimensión; asimismo el 29,2% (21 adultos mayores) presentaron un autocuidado adecuado; el 12,5% (09 adultos mayores), tuvieron un autocuidado parcialmente adecuado; y por último, el 9,7% restante (7 adultos mayores) presentaron autocuidado inadecuado en las actividades relacionadas a la necesidad de medicación de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.

Tabla 15. Capacidad de autocuidado en la dimensión control de la salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle – Huánuco 2016.

Capacidad de Autocuidado Control de la Salud	Frecuencia	%
Autocuidado adecuado	14	19,4
Autocuidado parcialmente adecuado	16	22,2
Autocuidado inadecuado	11	15,3
Déficit de autocuidado	31	43,1
Total	72	100,0

Fuente: Test CYPAC – AM Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (Anexo 02).

Respecto a la capacidad de autocuidado relacionada a la necesidad de control de la salud de los adultos mayores considerados en el presente estudio, se puede observar que el 43,1% (31 adultos mayores) tuvieron déficit de autocuidado; el 22,2% (16 adultos mayores) presentaron un autocuidado parcialmente adecuado; el 19,4% (14 adultos mayores), tuvieron un autocuidado adecuado; y por último, el 15,3% restante (11 adultos mayores) presentaron autocuidado inadecuado en las actividades relacionadas a la necesidad control de la salud en los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.

Tabla 16. Capacidad de autocuidado relacionado a los hábitos nocivos o adicciones de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle – Huánuco 2016.

Capacidad de Autocuidado Hábitos Nocivos o Adicciones	Frecue ncia	%
Autocuidado adecuado	05	6,9
Autocuidado parcialmente adecuado	09	12,5
Autocuidado inadecuado	25	34,7
Déficit de autocuidado	33	45,9
Total	72	100,0

Fuente: Test CYPAC – AM Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (Anexo 02).

Respecto a la capacidad de autocuidado relacionado a los hábitos nocivos o adicciones de los adultos mayores considerados en el presente estudio, se puede observar que el 45,9% (33 adultos mayores) presentaron déficit de autocuidado; el 34,7% (25 adultos mayores) tuvieron un autocuidado inadecuado; el 12,5% (9 adultos mayores), presentaron un autocuidado parcialmente adecuado; y por último, sólo un 6,9% restante (5 adultos mayores) tuvieron autocuidado adecuado en las actividades relacionadas a los hábitos nocivos o adicciones en los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.

Tabla 17. Capacidad de autocuidado de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.

Capacidad de Autocuidado	Frecuencia	%
Autocuidado adecuado	11	15,3
Autocuidado parcialmente adecuado	28	38,9
Autocuidado inadecuado	21	29,2
Déficit de autocuidado	12	16,7
Total	72	100,0

Fuente: Test CYPAC – AM Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (Anexo 02).

Respecto a la capacidad de autocuidado de los adultos mayores considerados en el presente estudio, se puede apreciar que en general, el 38,9% (28 adultos mayores) tuvieron autocuidado parcialmente adecuado; el 29,2% (21 adultos mayores) presentaron un autocuidado inadecuado; el 16,7% (12 adultos mayores), presentaron déficit de autocuidado; y por último, solo un 15,3% (11 adultos mayores) presentaron una capacidad de autocuidado adecuado en el desarrollo de las actividades propias de su vida diaria.

4.1.3. Percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio.

Tabla 18. Percepción del estado de salud en la dimensión física de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.

Percepción del Estado de Salud Dimensión Física	Frecuencia	%
Saludable	21	29,2
No Saludable	51	70,8
Total	72	100,0

Fuente: Cuestionario de percepción del estado de salud modificado (Anexo 03).

Respecto a la percepción del estado de salud en la dimensión física de los adultos mayores considerados en el estudio se pudo identificar que el 70,8% (51 adultos mayores) se perciben enfermos (no saludables) o consideran que existe algún riesgo para la salud en esta dimensión, como consecuencia de la presencia de diversas dolencias y patologías que se presentan en esta etapa de la vida como las enfermedades no transmisibles y las crónico degenerativas que afectan significativamente la percepción de salud de los adultos mayores; mientras que el 29,2% restante (21 adultos mayores) consideraron que se sienten sanos y saludables en esta dimensión, pues a pesar de las dolencias y enfermedades que padecen, no alteran significativamente su capacidad para desempeñar en forma adecuada sus labores que realizan en forma cotidiana en su vida diaria.

Tabla 19. Percepción del estado de salud en la dimensión psicológica de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.

Percepción del Estado de Salud Dimensión Psicológica	Frecuencia	%
Saludable	24	33,3
No Saludable	48	66,7
Total	72	100,0

Fuente: Cuestionario de percepción del estado de salud modificado (Anexo 03).

Respecto a la percepción del estado de salud de los adultos mayores considerados en el estudio en la dimensión psicológica, se pudo identificar que el 66,7% (48 adultos mayores) se perciben enfermos (no saludables) o consideran que existe algún riesgo para la salud en esta dimensión, debido a que en esta etapa los adultos mayores experimentan sentimientos de tristeza, desesperanza, depresión, que son causadas por el abandono, el maltrato psicológico y el desinterés de parte de los familiares, así como las limitaciones físicas que a esta edad se manifiestan, afectando significativamente la calidad de vida del adulto mayor; mientras que el 33,3% restante (24 adultos mayores) consideraron que se sentían sanos y saludables en esta dimensión, señalando que cuentan con el apoyo de su familiares, y se sienten felices con la función que desempeñan en su ambiente familiar.

Tabla 20. Percepción del estado de salud en la dimensión social de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle – Huánuco 2016.

Percepción del Estado de Salud Dimensión Social	Frecuencia	%
Saludable	26	36,1
No Saludable	46	63,9
Total	72	100,0

Fuente: Cuestionario de percepción del estado de salud modificado (Anexo 03).

Respecto a la percepción del estado de salud de los adultos mayores considerados en el estudio en la dimensión social se pudo identificar que el 63,9% (46 adultos mayores) se perciben enfermos (no saludables) o consideran que existe algún riesgo para la salud en esta dimensión, debido a que no participaban en actividades sociales debido a la presencia de limitaciones físicas y psicológicas que se presentan en esta etapa de la vida y que condicionan la participación de los adultos mayores en eventos sociales; mientras que el 36,1% restante (26 adultos mayores) consideraron que se sentían sanos y saludables en esta dimensión, y participaban activamente de las actividades organizadas por la coordinadora del Programa de Adulto Mayor del Centro de Salud de Santa María del Valle.

Tabla 21. Percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa Maria del Valle – Huánuco 2016.

Percepción del Estado de Salud	Frecuencia	%
Saludable	22	30,6
No Saludable	50	69,4
Total	72	100,0

Fuente: Cuestionario de percepción del estado de salud modificado (Anexo 03).

Respecto a la percepción del estado de salud de los adultos mayores considerados en el estudio, se pudo identificar que el 69,9% (50 adultos mayores) se percibieron enfermos (no saludables) o consideran que existe algún riesgo para la salud en la muestra en estudio mientras que el 30,6% restante (22 adultos mayores) consideraron que se sentían sanos y tenían un buen estado de salud respecto al total de dimensiones consideradas en el presente estudio de investigación.

4.2. Resultados inferenciales.

Tabla 22. Relación entre la capacidad de autocuidado en la dimensión actividad física y la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.

Capacidad de autocuidado	Percepción del Estado de Salud				Total		Chi-cuadrado	P (valor)
	Saludable		No Saludable					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Autocuidado adecuado	15	20,8	08	11,1	23	31,9	19,794	0,000
Autocuidado parcialmente adecuado	06	8,4	29	40,3	35	48,7		
Autocuidado inadecuado	01	1,4	08	11,1	09	12,5		
Déficit de autocuidado	00	0,0	05	6,9	05	6,9		
TOTAL	22	30,6	50	69,4	72	100,0		

Fuente: Test CYPAC – AM Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (Anexo 02) y Cuestionario de percepción del estado de salud modificado (Anexo 03).

Al analizar la relación entre la capacidad de autocuidado en la dimensión actividad física y la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle con la prueba del Chi Cuadrado de Pearson, se encontró un valor de 19,794 y una ($p \leq 0,000$); indicando que existe grado de significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente; en consecuencia, se puede afirmar que la capacidad de autocuidado en la dimensión actividad física se relaciona con la percepción del estado de salud en la muestra en estudio; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

Tabla 23. Relación entre la capacidad de autocuidado en la dimensión alimentación y la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.

Capacidad de autocuidado Alimentación	Percepción del Estado de Salud				Total		Chi-cuadrado	P (valor)
	Saludable		No Saludable					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Autocuidado adecuado	18	25,0	17	23,7	35	48,7	16,005	0,001
Autocuidado parcialmente adecuado	03	4,2	09	12,4	12	16,6		
Autocuidado inadecuado	01	1,4	08	11,1	09	12,5		
Déficit de autocuidado	00	0,0	16	22,2	16	22,2		
TOTAL	22	30,6	50	69,4	72	100,0		

Fuente: Test CYPAC – AM Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (Anexo 02) y Cuestionario de percepción del estado de salud modificado (Anexo 03).

Al analizar la relación entre la capacidad de autocuidado en la dimensión alimentación y la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle con la prueba del Chi Cuadrado de Pearson, se encontró un valor de 16,005 y una ($p \leq 0,001$); indicando que existe grado de significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente; en consecuencia, se puede establecer que la capacidad de autocuidado en la dimensión alimentación se relaciona con la percepción del estado de salud en la muestra en estudio; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

Tabla 24. Relación entre la capacidad de autocuidado en la dimensión eliminación y la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.

Capacidad de autocuidado Eliminación	Percepción del Estado de Salud				Total		Chi-cuadrado	P (valor)
	Saludable		No Saludable					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Autocuidado adecuado	09	12,5	07	9,7	16	22,2	9,942	0,019
Autocuidado parcialmente adecuado	12	16,6	27	37,6	39	54,2		
Autocuidado inadecuado	01	1,4	12	16,6	13	18,0		
Déficit de autocuidado	00	0,0	04	5,6	04	5,6		
TOTAL	22	30,6	50	69,4	72	100,0		

Fuente: Test CYPAC – AM Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (Anexo 02) y Cuestionario de percepción del estado de salud modificado (Anexo 03).

Al analizar la relación entre la capacidad de autocuidado en la dimensión eliminación y la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle con la prueba del Chi Cuadrado de Pearson, se encontró un valor de 9,942 y una ($p \leq 0,019$); indicando que existe grado de significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente; en consecuencia, se puede establecer que la capacidad de autocuidado en la dimensión eliminación se relaciona con la percepción del estado de salud en la muestra en estudio; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

Tabla 25. Relación entre la capacidad de autocuidado en la dimensión descanso y sueño con la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.

Capacidad de autocuidado Descanso y sueño	Percepción del Estado de Salud				Total		Chi-cuadrado	P (valor)
	Saludable		No Saludable					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Autocuidado adecuado	16	22,3	14	19,4	30	41,7	15,806	0,001
Autocuidado parcialmente adecuado	04	5,5	10	13,9	14	19,4		
Autocuidado inadecuado	02	2,8	08	11,1	10	13,9		
Déficit de autocuidado	00	0,0	18	25,0	18	25,0		
TOTAL	22	30,6	50	69,4	72	100,0		

Fuente: Test CYPAC – AM Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (Anexo 02) y Cuestionario de percepción del estado de salud modificado (Anexo 03).

Al analizar la relación entre la capacidad de autocuidado en la dimensión descanso y sueño con la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle con la prueba del Chi Cuadrado de Pearson, se encontró un valor de 15,806 y una ($p \leq 0,001$); indicando que existe grado de significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente; en consecuencia, se puede establecer que la capacidad de autocuidado en la dimensión descanso y sueño se relaciona con la percepción del estado de salud en la muestra en estudio; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

Tabla 26. Relación entre la capacidad de autocuidado en la dimensión higiene y confort con la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.

Capacidad de autocuidado Higiene y confort	Percepción del Estado de Salud				Total		Chi-cuadrado	P (valor)
	Saludable		No Saludable					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Autocuidado adecuado	09	12,5	13	18,1	22	30,6	6,648	0,084
Autocuidado parcialmente adecuado	07	9,7	14	19,5	21	29,2		
Autocuidado inadecuado	06	8,4	11	15,2	17	23,6		
Déficit de autocuidado	00	0,0	12	16,6	12	16,6		
TOTAL	22	30,6	50	69,4	72	100,0		

Fuente: Test CYPAC – AM Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (Anexo 02) y Cuestionario de percepción del estado de salud modificado (Anexo 03).

Al analizar la relación entre la capacidad de autocuidado en la dimensión higiene y confort con la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle con la prueba del Chi Cuadrado de Pearson, se encontró un valor de 6,648 y una ($p \leq 0,084$); indicando que no existe grado de significancia estadística, es decir, estas variables no se relacionan significativamente; en consecuencia, se puede determinar que la capacidad de autocuidado en la dimensión higiene y confort no se relaciona con la percepción del estado de salud en la muestra en estudio; por lo que se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula en esta dimensión.

Tabla 27. Relación entre la capacidad de autocuidado en la dimensión medicación con la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.

Capacidad de autocuidado Medicación	Percepción del Estado de Salud				Total		Chi-cuadrado	P (valor)
	Saludable		No Saludable					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Autocuidado adecuado	09	12,5	12	16,7	21	29,2	4,167	0,244
Autocuidado parcialmente adecuado	04	5,6	05	6,9	09	12,5		
Autocuidado inadecuado	02	2,8	05	6,9	07	9,7		
Déficit de autocuidado	07	9,7	28	38,9	35	48,6		
TOTAL	22	30,6	50	69,4	72	100,0		

Fuente: Test CYPAC – AM Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (Anexo 02) y Cuestionario de percepción del estado de salud modificado (Anexo 03).

Al analizar la relación entre la capacidad de autocuidado en la dimensión medicación con la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle con la prueba del Chi Cuadrado de Pearson, se encontró un valor de 4,167 y una ($p \leq 0,244$); indicando que no existe grado de significancia estadística, es decir, estas variables no se relacionan significativamente; en consecuencia, se puede determinar que la capacidad de autocuidado en la dimensión medicación no se relaciona con la percepción del estado de salud en la muestra en estudio; por lo que se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula en esta dimensión.

Tabla 28. Relación entre la capacidad de autocuidado en la dimensión control de la salud con la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.

Capacidad de autocuidado Control de la Salud	Percepción del Estado de Salud				Total		Chi-cuadrado	P (valor)
	Saludable		No Saludable					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Autocuidado adecuado	06	8,3	08	11,1	14	19,4	17,356	0,001
Autocuidado parcialmente adecuado	10	13,9	06	8,3	16	22,2		
Autocuidado inadecuado	04	5,6	07	9,7	11	15,3		
Déficit de autocuidado	02	2,8	29	40,3	31	43,1		
TOTAL	22	30,6	50	69,4	72	100,0		

Fuente: Test CYPAC – AM Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (Anexo 02) y Cuestionario de percepción del estado de salud modificado (Anexo 03).

Al analizar la relación entre la capacidad de autocuidado en la dimensión control de la salud y la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle con la prueba del Chi Cuadrado de Pearson, se encontró un valor 10,618 y una ($p \leq 0,014$); indicando que existe grado de significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente; en consecuencia, se puede determinar que la capacidad de autocuidado en la dimensión control de la salud se relaciona con la percepción del estado de salud en la muestra en estudio; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

Tabla 29. Relación entre la capacidad de autocuidado relacionado a los hábitos nocivos o adicciones con la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.

Capacidad de autocuidado Hábitos nocivos	Percepción del Estado de Salud				Total		Chi-cuadrado	P (valor)
	Saludable		No Saludable					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Autocuidado adecuado	04	5,6	01	1,3	05	6,9	10,618	0,014
Autocuidado parcialmente adecuado	04	5,6	05	6,9	09	12,5		
Autocuidado inadecuado	09	12,5	16	22,2	25	34,7		
Déficit de autocuidado	05	6,9	18	25,0	33	45,9		
TOTAL	22	30,6	50	69,4	72	100,0		

Fuente: Test CYPAC – AM Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (Anexo 02) y Cuestionario de percepción del estado de salud modificado (Anexo 03).

Al analizar la relación entre la capacidad de autocuidado relacionado a los hábitos nocivos o adicciones con la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle con la prueba del Chi Cuadrado de Pearson, se encontró un valor 10,618 y una ($p \leq 0,014$); indicando que existe grado de significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente; en consecuencia, se puede determinar que la capacidad de autocuidado relacionado a los hábitos nocivos o adicciones se relaciona con la percepción del estado de salud en la muestra en estudio; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

Tabla 30. Relación entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle.

Capacidad de autocuidado	Percepción del Estado de Salud				Total		Chi-cuadrado	P (valor)
	Saludable		No Saludable					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Autocuidado adecuado	10	13,9	01	1,4	11	15,3		
Autocuidado parcialmente adecuado	10	13,9	18	25,0	28	38,9	28,892	0,000
Autocuidado inadecuado	02	2,8	19	26,4	21	29,2		
Déficit de autocuidado	00	0,0	12	16,6	12	16,6		
TOTAL	22	30,6	50	69,4	72	100,0		

Fuente: Test CYPAC – AM Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor (Anexo 02) y Cuestionario de percepción del estado de salud modificado (Anexo 03).

Al analizar la relación entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle con la prueba del Chi Cuadrado de Pearson, se encontró un valor 28,892 y una ($p \leq 0,000$); indicando que existe grado de significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente; en consecuencia, puede determinar que la capacidad de autocuidado relaciona con la percepción del estado de salud en los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en el presente estudio de investigación.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN

5.1. Discusión de los resultados.

El estudio sobre la relación entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de los adultos mayores en estudio, realizado en el distrito de Santa María del Valle, provincia y departamento de Huánuco evidenció a través de la prueba del Chi cuadrado de Pearson (X^2) que existe significancia estadística respecto a la relación entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio [$X^2 = 28,892$ y $p = 0,000$]; permitiendo rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación, concluyendo que existe relación entre estas dos variables en la población en estudio.

Los resultados obtenidos concuerdan con los reportados por Cerquera, Flórez y Linares⁷⁴ quienes concuerdan en que existen relación entre las variables, señalando que la autopercepción en salud es un indicador que se considera como una útil herramienta para determinar el estado de salud global de la persona, predecir sus necesidades y organizar programas de intervención.

Asimismo Gallegos, García, Durán, Reyes y Durán⁷⁵ afirman que la percepción de salud es útil como un indicador global del nivel de salud de la población que refleja elementos tanto sociales como de salud. Por su parte Millán⁷⁶ concluyó que los adultos mayores estudiados expresaron ser independientes para realizar las actividades

de la vida diaria, sin embargo no desarrollaron adecuadamente sus capacidades de autocuidado, por lo que el grado funcional independiente fue una condición necesaria pero no suficiente para un buen autocuidado; y que los adultos mayores que perciben algún riesgo para su salud se cuidan más que los que se perciben sanos, estableciéndose relación entre las dos variables.

De igual manera, Bastidas, Fernández y Bonilla⁷⁷ coinciden en que los problemas fundamentales en que estudiaron, obtuvieron que la prescripción inadecuada y el incumplimiento de las terapias farmacológicas y no farmacológicas recomendadas, considerando además a la dieta, control del peso corporal y las consultas periódicas al médico. Alvear⁷⁸ al respecto considera que existe un déficit potencial de autocuidado en los adultos mayores estudiado, encontrando una clara correlación entre el sexo, nivel de instrucción y percepción del autocuidado, resultados que coinciden con los reportados en el presente estudio.

Garcilazo⁷⁹ coincide en señalar que en los adultos mayores el problema que se presenta con mayor frecuencia es deterioro cognitivo leve siendo las áreas más comprometidas la memoria a largo plazo y el cálculo matemático simple. Camino⁸⁰ también coincide en señalar que los adultos mayores poseen en su mayoría una capacidad de autocuidado aceptable que les permiten tener una buena percepción de su estado de salud.

Domínguez⁸¹ al respecto señala que el apoyo social percibido por los adultos mayores no solo influye en el bienestar al proporcionar

estabilidad emocional, atención y protección de otros sino que también permite al a los adultos mayores un mayor control percibido, sentirse productivo y tener un sentido en la vida.

Bañuelos y Gallegos⁸² reportaron que no existe relación entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud de los adultos mayores; concluyendo que la percepción del estado es independiente de la capacidad de autocuidado en su estudio.

Landeros y Gallegos⁸³ manifiestan que no existe relación entre las variables considerando que la percepción del estado de salud de los adultos mayores no se relaciona con la capacidad de autocuidado, sino que se relaciona con otras variables de tipo intrínsecas y extrínsecas, que condicionan en mayor o menor medida el acceso a una mejor calidad de vida en los adultos mayores.

Los resultados presentados coinciden con los reportados en la bibliografía existente y la mayoría de estudios realizados respecto a la problemática en estudio, haciéndose evidente que a pesar de los esfuerzos realizados por el gobierno y las instituciones de salud por mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, están en gran medida están siendo eficaces, por la presencia de diversos programas que en cierta medida han permitido que los adultos mayores tengan acceso a una mejor calidad de vida, priorizando el control de la salud y la práctica de conductas saludable, por lo que se propone que se debe poner énfasis a las acciones de promoción de la salud y prevención de diversas estrategias educativas que permitirán sensibilizar a los adultos mayores sobre la realidad preocupante de esta problemática.

Dentro de las limitaciones identificadas en el presente estudio se menciona la dificultad que se tuvo para poder conseguir los jueces expertos para la validación de los instrumentos de investigación debido a la poca disponibilidad de tiempo y la demora en la evaluación de los instrumentos. Asimismo, las limitaciones encontradas derivaron del diseño transversal del estudio que no permitió establecer explicaciones causales, sino explicaciones de tipo relacional entre las variables, pero que permitió generar preguntas hacia la causalidad para futuros estudios relacionados a la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en los adultos mayores, que permitirá tener una mejor perspectiva de la situación real de la problemática estudiada. Por otro lado, no se presentó ninguna limitación más para la realización del estudio, ya que se contó con el apoyo de los adultos mayores, y se dispuso del presupuesto y del tiempo necesario según la programación de actividades establecida para el desarrollo del estudio de investigación.

Por último, mediante el presente estudio se propone que se debe continuar realizando investigaciones relacionadas a la problemática del autocuidado y la percepción el estado de salud de los adultos mayores, involucrando otras variables y factores asociados que permitan una mejor comprensión del problema; también se recomienda implementar programas y estrategias de intervención orientadas a los adultos mayores que les permitan tener una mejor calidad de vida y promover un envejecimiento saludable en este grupo etáreo.

CONCLUSIONES

- ❖ En general, respecto a la capacidad de autocuidado de los adultos mayores considerados en el estudio concluye que el 38,9% presentó un autocuidado parcialmente adecuado; el 29,2% tuvo un autocuidado inadecuado; el 16,7% presentó déficit de autocuidado; y por último, el 15,3% restante tuvo autocuidado adecuado.
- ❖ En cuanto a la percepción del estado de salud, se concluye que en general el 63,9% de adultos mayores encuestados percibió que su estado de salud no era saludable; mientras que el 36,1% restante consideró que su estado de salud si era saludable.
- ❖ Al analizar la relación entre las variables, se pudo concluir que la capacidad de autocuidado se relaciona con la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio [$X^2 = 28,892$ y $p = 0,000$].
- ❖ Se encontró relación estadísticamente significativa entre la capacidad de autocuidado en la dimensión actividad física y la percepción del estado de salud en la muestra en estudio [$X^2 = 19,794$ y $p = 0,000$].
- ❖ Se encontró relación estadísticamente significativa entre la capacidad de autocuidado en la dimensión alimentación y la percepción del estado de salud en la muestra en estudio [$X^2 = 16,005$ y $p = 0,001$].
- ❖ Se encontró relación estadísticamente significativa entre la capacidad de autocuidado en la dimensión eliminación y la percepción del estado de salud en la muestra en estudio. [$X^2 = 9,942$ y $p = 0,019$].
- ❖ Se encontró relación estadísticamente significativa entre la capacidad de autocuidado en la dimensión descanso y sueño con la percepción del estado de salud en la muestra en estudio [$X^2 = 15,806$ y $p = 0,001$].

- ❖ Se encontró relación estadísticamente significativa entre la capacidad de autocuidado en la dimensión control de la salud y la percepción del estado de salud en la muestra en estudio [$X^2 = 17,356$ y $p = 0,001$].
- ❖ Se encontró relación estadísticamente significativa entre la capacidad de autocuidado en la dimensión hábitos nocivos o adicciones y la percepción del estado de salud en la muestra en estudio. [$X^2 = 10,618$ y $p = 0,001$].
- ❖ No se encontró relación estadísticamente significativa entre la capacidad de autocuidado en la dimensión higiene y confort con la percepción del estado de salud en la muestra en estudio. [$X^2 = 6,648$ y $p = 0,084$].
- ❖ Y por último, no se encontró relación estadísticamente significativa entre la capacidad de autocuidado en la dimensión medicación y la percepción del estado de salud en la muestra en estudio [$X^2 = 4,167$ y $p = 0,244$].

RECOMENDACIONES

A los adultos mayores:

- Se recomienda que acudan en forma continua a los establecimientos de salud para la consulta médica de rutina que permita la identificación oportuna de enfermedades o complicaciones propia de la edad; y se puede brindar el tratamiento respectivo, que les permitirá el mantener un buen estado de salud y mejorar su calidad de vida.
- Poner en práctica las diversas medidas de autocuidado planteadas en el presente estudio y las recomendadas por los profesionales de la salud que les permitirán tener un envejecimiento saludable.

A los familiares:

- Se recomienda involucrarse en el cuidado de los adultos mayores preocupándose por sus necesidades físicas y emocionales; y por las diversas medidas orientadas a que estos puedan tener una buena percepción de su estado de salud.
- Acompañar continuamente a los adultos mayores al Centro de Salud para que tengan conocimiento sobre su estado de salud, y puedan involucrarse en el tratamiento respecto; también se sugiere participar activamente en las actividades preventivo promocionales que se desarrollen dentro de esta institución.

Al Centro de Salud de Santa María del Valle.

- Se sugiere involucrar a los adultos mayores en su desarrollo físico, emocional y social, a través de la realización de actividades educativas, recreativas y de socialización como los talleres de taichí, caminatas, manualidades, charlas educativas entre otros donde ellos puedan

participar, desenvolverse adecuadamente y expresar libremente lo que piensan, mejorando su calidad de vida.

- Promover la participación de los adultos mayores en las actividades del Centro de Salud para conservar y recuperar la salud, así como el bienestar físico y psicológico de los adultos mayores.

A los estudiantes e investigadores:

- Se sugiere la realización de estudios respecto a la situación de los adultos mayores aumentando el número de la muestra del estudio, teniendo como base el presente estudio de investigación, que permitan obtener resultados más exactos respecto a la problemática en estudio.
- Se recomienda que los estudiantes de Enfermería realicen actividades preventivas promocionales dirigidas a sensibilizar a la población sobre la importancia la capacidad de autocuidado en el adulto mayor, que les permitan una buena percepción de su estado de salud.

A la Escuela Académico Profesional de Enfermería

- Se sugiere que los docentes de Escuela Académica Profesional de Enfermería que desarrollen actividades de proyección social dirigidas a los adultos mayores, enfatizando la mejora del autocuidado, la calidad de vida y el estado de salud de esta población vulnerable.

A las Municipalidades y el Gobierno Regional

- Instalar y hacer funcionar los Centros Integrales de Atención a la persona adulta mayor (CIAM) en zonas rurales y urbanas, para que de esta manera se pueda brindar diversos servicios y programas a favor de las personas mayores, considerando la realidad local y conociendo las principales características y necesidades de este grupo etáreo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Natzumura J. Población adulta mayor en el Perú. Lima: San Marcos; 2009.
2. Padilla I. Capacidad de autocuidado del adulto mayor dentro del asilo los hermanos de Belén. [Tesis de Licenciatura] Guatemala: Universidad Rafael Landívar; 2014.
3. Guzmán J. Envejecimiento y desarrollo en América Latina. Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía (CELADE). [Internet] 2009; 5 (2): 21 – 25. [Consultado 2015 Setiembre 12]. Disponible en <http://www.eclac.cl/publicaciones/población/7/LCL1737P/serie28.pdf>.
4. Condori W. Estudios de aspectos relevantes del envejecimiento de una población de adultos mayores y el impacto en su calidad de vida. Ciencia & Desarrollo 2008; 7 (3): 131 – 134.
5. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de la vida. [Internet] [Consultado 2015 Setiembre 06] Disponible en <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
6. Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por años calendario y edades simples 1995 – 2025. Boletín Especial Nro. 22. Lima. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2013.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Niñez y del Adulto Mayor en el Perú [Internet] [Consultado 2015 Setiembre 03] Disponible en <http://www.inei.gob.pe/web/Biblioinei/BoletinFlotante.asp?file=1603421.pdf>.
8. López A. Envejecimiento exitoso en función de la percepción del nivel de salud en personas adultas mayores que participan en programas de envejecimiento activo, TOG. [Internet] 2013; 10 (7): 20 – 25. [Consultado 2015 Setiembre 15]. Disponible en <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/revision.pdf>.
9. Espinoza L, Ordoñez C. Autocuidado de la salud para el adulto mayor: Manual de información para profesionales. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Instituto Nacional de Bienestar Familiar. Lima: San Marcos; 2005.
10. Anzola P. Enfermería gerontológica: Conceptos para la práctica. Estados Unidos: OPS; 2004.
11. Ribera J. Conceptos Esenciales del Envejecimiento. Rev. Medicine 2007; 8 (3): 108 – 112.
12. Jaramillo C. Caracterización del Adulto Mayor con relación a su Proyecto de vida. Macroproyecto: Calidad de Vida y Formas de Organización Sociocultural. [Tesis de Maestría] Venezuela: Universidad de Manizales; 2000.
13. Salgado F. Mejoramiento de autocuidado del adulto mayor [Tesis de pregrado] Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2009.

14. Ibíd., p. 9 -11.
15. Alvear M. Percepción de la capacidad de autocuidado en el adulto mayor del Centro de Promoción Activa IESS, Cuenca, 2014. [Tesis de Especialidad en Enfermería Geriátrica y Gerontológica] Ecuador: Universidad de Cuenca; 2014.
16. Móndejar M, Rosas L, Morgado A, Hernández N, Junco G. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos en adultos mayores con diabetes mellitus. *Mediciego*. [Internet] 2013; 19 (2): 36 – 45. [Consultado 2015 Setiembre 03]. Disponible en http://bvs.sldcu/revistas/mciego/vol19_supl2_2013/pdf/17.pdf.
17. Rojas J. Centro del Adulto Mayor: Sacándole la vuelta a la vejez. [Internet] [Consultado 2015 Setiembre 03] Disponible en <http://diariocorreo.pe/edicion/huanuco/sacandole-la-vuelta-a-la-vejez-en-el-cam-610847/>
18. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Autocuidado de la salud para las personas adultas mayores. Internet] [Consultado 2015 Setiembre 03] Disponible en <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MIMDES-Autocuidado-Adultas-Mayores.pdf>.
19. Ministerio de Salud. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. Lima: MINSA; 2006.
20. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Personas Adultas Mayores 2013 – 2017. [Internet] [Consultado 2015 Setiembre 15] Disponible en http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf.
21. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería Gerontológica. Conceptos para la práctica. Washington: OPS/OMS; 2003.
22. Millán I. Evaluación de la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud del adulto mayor en la comunidad. *Rev Cub Enf*. [Internet] 2010; 26 (4): 222 – 224. [Consultado 2015 Setiembre 12]. Disponible en [http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S=\(6403192010000400007&ing=es](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S=(6403192010000400007&ing=es).
23. Alvear M. Op. Cit., p. 10.
24. Bastidas C, Fernández M, Bonilla C. Asociación entre la capacidad funcional y los resultados de autocuidado en personas con enfermedades cardiovasculares, *Av. Enfermo* [Internet] 2012; 30 (1): 42 – 54. [Consultado 2016 Mayo 15]. Disponible en <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35432/35810>.
25. Millán I. Op. Cit., p. 236.
26. Garcilazo M. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria en un Centro de Salud de San Juan de Miraflores 2014. [Tesis de licenciatura] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.

27. Camino M. Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al centro de salud Tablada de Lurín- Lima - Perú, 2011. [Tesis de licenciatura] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
28. Orem D. Modelo de Orem, Conceptos de Enfermería en la práctica. México: Mosby – Year Book; 2011.
29. Ibíd., p. 24.
30. Ibíd., p. 25.
31. Ibíd., p. 26.
32. Nola Pender. En: Sakraida J. Modelo de Promoción de la Salud., editores. Modelos y teorías de enfermería, 6° ed. España: Elsevier – Mosby; 2007.
33. Pender N. Modelo de promoción de la salud. En: Maerriner T. Modelos y teorías de Enfermería. Barcelona: Ediciones Rol; 1989.
34. Ramírez A, Hoffman H. Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. Revista Colombiana Médica. 2002; 33 (1): 3 – 5.
35. Serrano S, Meneses T. Autocuidado en mujeres embarazadas en el Subcentro de Salud “Los Vergeles” Milagro Agosto 2008 – 2009 [Tesis de Licenciatura] Ecuador: Universidad Estatal de Milagro; 2009.
36. Ibíd., p. 18.
37. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud, Glosario. Ginebra: OMS; 2001.
38. Taylor S. Capacidad de autocuidado. Barcelona: Elsevier; 2007.
39. Marriner T. Modelos y teorías en Enfermería. 5ta Ed. España: Mosby; 2005.
40. Orem D. Enfermería: Conceptos de la práctica. Barcelona: Masson – Salvat Medicina; 2003.
41. Cavanagh S. Modelo de Orem aplicación práctica. España: Masson – Salvat Enfermería; 2003.
42. Fernández L. Valoración geriátrica integral. Rev. El Residente 2010; 5 (2): 55 – 65.
43. Alvarado C, Sánchez C. Autocuidado de pacientes diabéticos del Club Dulce Vida, Hospital Naval de Guayaquil. Noviembre del 2009 a Mayo del 2010. [Tesis de Licenciatura] Ecuador: Universidad Estatal de Milagro; 2010.
44. García L, Rodríguez C, Gómez A. Enfermería del anciano. 2da Ed. España: Elsevier; 2001.
45. D'Hyver, C. Autocuidado de la salud. Gerontología y geriatría: Un enfoque de riesgo. España; Mac Graw Hill; 2001.
46. Donoso S. Cuidado y autocuidado de salud del adulto mayor. 2003 [Internet] [Consultado 2015 Setiembre 14] Disponible en: <http://www.gerontologia.uchilesl/docs/cuidado.htm>.

47. Alvear M. Op. Cit., p. 26.
48. Leitón S. Ordoñez Y. Autocuidado de la salud para el adulto mayor: manual de información para profesionales. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Lima: San Marcos; 2005.
49. Santana C, Bello D, Del Toro M, Santana L, Valdés V. Influencia del ejercicio físico desde los circuitos de abuelos en senescentes diabéticos. EFdeportes.com [Internet] 201; 16 (3): 166 – 168. [Consultado 2015 Setiembre 17] Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd166/ejercicio-fisico-en-senecentes-diabéticos.htm>.
50. Ofman S, Pereyra C. Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento. Bol Psicol 2013; 108 (24): 91 – 93.
51. Ibíd., p. 95.
52. Manrique D. Op. Cit., p. 24.
53. Ibíd., p. 25.
54. Boix C, López H, García D, Villena A, Párraga I. Trastornos del sueño y condiciones ambientales en mayores de 65 años. Aten Prim [Internet] 2009; 4 (10): 564 – 569. [Consultado 2015 Setiembre 20] Disponible en: <http://www.zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/trastornos-sue%C3%B1o-condiciones-ambientales-mayores-65-a%C3%B1os-13141679-originales-2009>.
55. Bello R, Varela P, Ortiz P, Chávez J, Revoredo C. Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro de Salud del Adulto Mayor Mirones, ESSALUD, Lima, Perú. Acta Med Per [Internet] 2009; 26 (1): 22 – 26. [Consultado 2015 Setiembre 21] Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n1/a08v26n1.pdf>.
56. Velandia A, Rivera N. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. Rev Salud Pública 2009; 11 (4): 538 – 543.
57. Coro M. González R. Uso inadecuado de psicofármacos en las personas de 60 años a más. Rev Finlay [Internet] 2013; 3 (1): 15 – 24 [Consultado 2015 Setiembre 20] Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/174/1070>.
58. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Ter Psicol [Internet] 2011; 29 (1): 5 -11. [Consultado 2015 Setiembre 20] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-4808201100001&lng=es&nrm=iso.ISSN0718.
59. Velandia A, Rivera N. Op Cit., p. 545 – 547.
60. Ibíd., p. 548.
61. Simmons S. Salud, un concepto analítico. International Journal Nursing. Studies 2000. 26 (2). 155 – 161.
62. Orem D. Op. Cit., p. 35.

63. Gonzales J, Sarmiento A, Alonso C, Angulo R, Espinosa F. Efectos del nivel de ingreso y la desigualdad sobre la autopercepción en la salud: análisis para el caso de Bogotá. *Gerencia y Políticas de la Salud*, 2005; 4(9), 120 – 125.
64. Suárez V. Mastectomía, afrontamiento y autopercepción corporal. *Psicología Científica*, 2004, 4 (2): 12 – 16.
65. Cerquera A, Flórez L, Linares M. Autopercepción de la salud en el adulto mayor. *Revista Universidad Católica del Norte*, 2010; 31 (3): 407 – 410.
66. Schalock R. Verdugo M. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza Editorial; 2003.
67. *Ibíd.*, p. 35 – 37.
68. *Ibíd.*, p. 38.
69. Fernández I, Montorio I, Díaz J. Evaluación e intervención psicológica en la vejez. España: Ed. Martínez Roca; 2002
70. *Ibíd.*, p. 87.
71. Herrera M, Kornfeld R. Relaciones sociales y bienestar de los adultos mayores en Chile. *Rev Salud Pública* 2008; 131 (12): 12 – 14.
72. *Ibíd.*, p. 15.
73. Millán I. Op. Cit., p. 236.
74. Cerquera A, Flórez L, Linares M. Op Cit., p. 412.
75. Gallegos C, García P, Durán M, Reyes H, Durán A. La Autopercepción del estado de salud: Una aproximación a los ancianos en México. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40 (5): 792 – 801.
76. Millán I. Op. Cit., p. 238.
77. Bastidas C, Fernández M, Bonilla C. Op Cit., p. 48.
78. Alvear M. Op. Cit., p. 55.
79. Garcilazo M. Op. Cit., p. 61.
80. Camino M. Op. Cit., p. 72.
81. Domínguez T, Espín A, Bayorre I. Caracterización de las relaciones familiares del anciano. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17, 418 – 422.
82. Bañuelos BP, Gallegos CE. Autocuidado y control de adultos mayores con diabetes. *Desarrollo Científico en Enfermería* 2001; 9(4): 100 – 106.
83. Landeros E. Gallegos E. Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos mayores con y sin obesidad. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2005; 13 (1-2): 20-24

ANEXOS

Código:

Fecha: ----/----/-

ANEXO 01**GUÍA DE ENTREVISTA DE
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud del adulto mayor de la localidad de Santa María del Valle”

INSTRUCCIONES. Estimado Sr(a). Sírvese responder de manera apropiada respecto a sus características generales. Para el efecto sírvase a marcar con un aspa (x) dentro de los paréntesis según las respuestas que usted considere pertinente. Sus respuestas serán manejadas con carácter confidencial por lo cual le solicitamos veracidad al responder las preguntas planteadas.

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:**1. ¿Cuántos años tiene usted?**

_____años.

2. Género:

Masculino ()

Femenino ()

II. CARACTERÍSTICAS SOCIALES:**3. ¿Cuál es su estado civil?**

Soltera(o) ()

Casada(o) ()

Conviviente ()

Viuda(o) ()

Separada(o) ()

4. ¿Qué religión profesa Ud.?

Católico ()

Evangélico ()

Mormón ()

Otros () **Especifique:****5. ¿Cuál es su grado de estudios?**

Sin ningún grado de escolaridad ()

Primaria incompleta ()

Primaria completa ()

Secundaria incompleta ()

Secundaria completa ()

Superior técnico ()

Superior universitario ()

6. ¿Se encuentra Ud. trabajando actualmente?Sí () **Especifique:**

No ()

7. ¿Con quién vive Ud. actualmente?

Solo (a) ()

Con mi pareja ()
Familia múltiple (hijos, nietos,) ()
Con amigos ()

8. ¿Pertenece Ud. a algún grupo social?

Si () Especifique:
No ()

Gracias por su colaboración...

Código:

Fecha: ----/----/---

ANEXO 02

TEST DE CYPAC - AM
CAPACIDAD Y PERCEPCIÓN DEL AUTOCUIDADO DEL ADULTO
MAYOR

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud del adulto mayor de la localidad de Santa María del Valle”

INSTRUCCIONES. Estimado Sr(a). El presente test se realiza con el objetivo de realizar un estudio de investigación para medir la capacidad de autocuidado en los adultos mayores, en aras de realizar intervenciones futuras para modificar y mejorar su estado de salud, por lo que se necesita su cooperación y sinceridad en las respuestas, para tal efecto sírvase marcar con un aspa (x) dentro de los paréntesis las respuestas que usted considere pertinente.

I. ACTIVIDAD FÍSICA:

1. ¿Puede Ud. moverse sin ayuda?
 - a) Si puedo ()
 - b) No puedo ()
2. ¿Participa en grupos de adultos mayores?
 - a) Si participo ()
 - b) A veces participo ()
 - c) No participo ()
3. ¿Practica ejercicios físicos sistemáticamente (nadar, caminar, correr, montar bicicleta, ir al gimnasio u otros)?
 - a) Si lo hago ()
 - b) A veces lo hago ()
 - c) No lo hago ()
4. ¿Camina 10 cuadras diarias (1 km.) o sube escaleras?
 - a) Si ()
 - b) A veces ()
 - c) No ()

II. ALIMENTACIÓN:

5. ¿Prepara sus alimentos y se alimenta sin ayuda?
 - a) Si ()
 - b) No ()
6. ¿Tiene establecido un horario fijo para comer?
 - a) Si ()
 - b) A veces ()
 - c) No ()
7. ¿Prefiere los alimentos sancochados que fritos?

- a) Si ()
- b) A veces ()
- c) No ()

8. ¿Consume la dieta adecuada aunque no le guste?

- a) Si ()
- b) A veces ()
- c) No ()

III. ELIMINACIÓN:

9. ¿Puede controlar sus esfínteres y realizar sus deposiciones sin ayuda (orina, heces)?

- c) Si puedo ()
- d) No puedo ()

10. ¿Tiene un patrón intestinal diario regular (realiza sus deposiciones todos los días en un horario establecido)?

- a) Si ()
- b) A veces ()
- c) No ()

11. ¿Tiene como hábito mirar sus deposiciones?

- a) Si ()
- b) A veces ()
- c) No ()

12. ¿Tiene como hábito ingerir agua entre las comidas (Más de 6 vasos al día comenzando por la mañana al levantarse)?

- a) Si ()
- b) A veces ()
- c) No ()

IV. DESCANSO Y SUEÑO:

13. ¿Puede controlar su periodo de descanso y sueño?

- a) Si puedo ()
- b) No puedo ()

14. ¿Tiene el hábito de descansar sin dormir después?

- a) Si ()
- b) A veces ()
- c) No ()

15. ¿Tiene el hábito de irse a la cama en un horario fijo?

- a) Si ()
- b) A veces ()
- c) No ()

16. ¿Procura dormir las horas necesarias diarias (8 horas diarias)?

- a) Si ()
- b) A veces ()
- c) No ()

V. HIGIENE Y CONFORT:

17. ¿Puede realizar su higiene y mantener su confort sin ayuda?

- c) Si puedo ()
- d) No puedo ()

18. ¿Se baña diariamente y a un horario establecido

- a) Si ()
- b) A veces ()
- c) No ()

19. ¿Se lava las manos antes de comer y después de ir al baño?

- a) Si ()
- b) A veces ()
- c) No ()

20. ¿Usa una toalla independiente para secarse los pies?

- a) Si ()
- b) A veces ()
- c) No ()

VI. MEDICACIÓN

21. ¿Se responsabiliza Ud. del consumo de sus medicamentos y puede controlarlo?

- e) Si puedo ()
- f) No puedo ()

22. ¿Cumple estrictamente con el tratamiento indicado?

- a) Si ()
- b) A veces ()
- c) No ()

23. ¿Solo tomas medicamentos que te indica el médico?

- a) Si ()
- b) A veces ()
- c) No ()

24. ¿Si necesita algún medicamento, consulta primero antes de tomarlo?

- a) Si ()
- b) A veces ()
- c) No ()

VII. CONTROL DE LA SALUD

25. ¿Tiene control y puede responsabilizarse de su salud?

- a) Si puedo ()
- b) No puedo ()

26. ¿Controla su peso o sabe cuánto debe pesar?

- a) Si ()
- b) A veces ()
- c) No ()

27. ¿Conoce la frecuencia de sus consultas al centro de salud y acude a ellas?

- a) Si ()
- b) A veces ()
- c) No ()

28. ¿Se realiza autochequeos periódicos en casa (examen de mamas, control de glucosa, inspección de la piel y de la boca, medición de la temperatura, etc.)?

- a) Si ()
- b) A veces ()
- c) No ()

VIII. ADICCIONES O HÁBITOS TÓXICOS

29. ¿Puede mantenerse sin ningún hábito tóxico (consumo de alcohol, fumar cigarro, mascar coca, etc.)?

- a) Si puedo ()
- b) No puedo ()

30. ¿Puede controlar la cantidad del tóxico que consume (alcohol, cigarro, coca)?

- a) Si ()
- b) A veces ()
- c) No ()

31. ¿Tiene un hábito tóxico pero intenta deshacerse de él?

- a) Si ()
- b) A veces ()
- c) No ()

32. ¿Tiene más de un hábito tóxico pero intenta dejarlos?

- a) Si ()
- b) A veces ()
- c) No ()

Gracias por su colaboración

Código:

Fecha: ----/----/---

ANEXO 03**CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN
DEL ESTADO DE SALUD MODIFICADO**

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud del adulto mayor de la localidad de Santa María del Valle”

INSTRUCCIONES. Estimado Sr(a). El presente cuestionario forma parte de un estudio orientado a conocer la percepción del estado de salud de los adultos mayores; esta información servirá para conocer cómo se siente usted al desarrollar sus actividades cotidianas. Por favor conteste las preguntas como se le indica; si no está seguro(a) de cómo contestar, escriba la mejor respuesta posible según crea conveniente, no deje preguntas sin responder. Sus respuestas serán manejadas con confidencialidad por lo que se solicita la mayor veracidad posible al contestar las preguntas.

I. DIMENSIÓN FÍSICA**A. FUNCIÓN FÍSICA**

1. En general, Usted considera que su salud es:
 - a) Buena ()
 - b) Regular ()
 - c) Mala ()
2. ¿Cómo diría que es su salud actual comparada con la de hace un año atrás?:
 - a) Ha mejorado ()
 - b) Sigue igual ()
 - c) Ha empeorado ()
3. Su salud actual ¿Le limita para hacer esfuerzos físicos intensos, tales como levantar objetos pesados o trabajar en su chacrita?
 - a) Sí, me limita mucho ()
 - b) Sí, me limita un poco ()
 - c) No, no me limita nada ()
4. Su salud actual ¿Le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, cargar a sus nietos o caminar más de una hora?
 - a) Sí, me limita mucho ()
 - b) Sí, me limita un poco ()
 - c) No, no me limita nada ()
5. Su salud actual ¿Le limita para hacer esfuerzos físicos le limita para hacer esfuerzos físicos leves: bañarse o vestirse por sí mismo?
 - a) Sí, me limita mucho ()
 - b) Sí, me limita un poco ()
 - c) No, no me limita nada ()

B. ROL FÍSICO

6. Durante el último mes ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- a) Sí ()
- b) No ()
7. Durante el último mes ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- a) Sí ()
- b) No ()

C. DOLOR CORPORAL

8. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante el último mes?
- a) Ningún dolor ()
- b) Un poco de dolor ()
- c) Dolor moderado ()
- d) Mucho dolor ()
9. Durante el último mes ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado realizar su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
- a) No me ha dificultado ()
- b) Me ha dificultado un poco ()
- c) Me ha dificultado mucho ()

D. SALUD FÍSICA

10. ¿Cree usted que se enferma con mayor facilidad que otras personas?
- a) Si me enfermo ()
- b) No me enfermo ()
11. ¿Cree usted que se encuentra tan saludable como cualquier otra persona?
- a) Si creo ()
- b) No creo ()
12. ¿Cree usted que su salud va empeorar?
- a) Si va empeorar ()
- b) No va empeorar ()
- c) No sé si va empeorar ()

II. DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

E. FUNCIÓN EMOCIONAL

13. Durante el último mes ¿Cuánto tiempo se sintió muy animado (a) y lleno (a) de energía?
- a) Nunca ()
- b) Algunas veces ()
- c) Siempre ()
14. Durante el último mes ¿Cuánto tiempo se sintió cansado(a)?

- a) Nunca ()
- b) A veces ()
- c) Siempre ()

F. ROL EMOCIONAL

15. Durante el último mes ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- a) Siempre ()
- b) A veces ()
- c) Nunca ()

16. Durante el último mes ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- a) Siempre ()
- b) A veces ()
- c) Nunca ()

17. Durante el último mes ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- a) Siempre ()
- b) A veces ()
- c) No ()

G. SALUD MENTAL O EMOCIONAL

18. Durante el último mes ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso (a)?

- a) Siempre ()
- b) A veces ()
- c) Nunca ()

19. Durante el último mes ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado?

- a) Siempre ()
- b) A veces ()
- c) Nunca ()

20. Durante el último mes ¿Cuánto tiempo se sintió tranquilo(a)?

- a) Siempre ()
- b) A veces ()
- c) Nunca ()

21. Durante el último mes ¿Cuánto tiempo se sintió con ganas de llorar?

- a) Siempre ()
- b) A veces ()
- c) Nunca ()

22. Durante el último mes ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?

- a) Siempre ()
- b) A veces ()
- c) Nunca ()

III. DIMENSIÓN SOCIAL

H. FUNCIÓN SOCIAL

23. Durante el último mes ¿Cuántas veces usted sintió que algún miembro de su familia lo trató mal?

- a) Siempre ()
- b) A veces ()
- c) Nunca ()

24. Durante el último mes ¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- a) No me ha dificultado ()
- b) Me dificulto un poco ()
- c) Me dificulto bastante ()

25. Durante el último mes ¿Con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- a) Siempre ()
- b) A veces ()
- c) Nunca ()

26. Durante el último mes ¿Con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le ha impedido participar de actividades y eventos sociales realizados en su comunidad (reuniones comunales, fiestas populares, etc.)?

- a) Siempre ()
- b) A veces ()
- c) Nunca ()

Gracias por su colaboración...

ANEXO 04**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

- **Título del proyecto.**

“Capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud del adulto mayor de la localidad de Santa María del Valle”

- **Responsable de la investigación.**

Pardavé Cámara, Fiorella Grisel; alumna de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, celular N° 951535863.

- **Introducción / Propósito**

El aporte de los datos que brindará el presente estudio, está orientado a determinar la relación que existe entre la capacidad de autocuidado y la percepción que tiene sobre su salud los adultos mayores, con la finalidad de que a través de trabajo coordinado, multisectorial y multidisciplinario se puede diseñar o formular, desde el enfoque de la promoción de la salud como principio fundamental del quehacer de la carrera de Enfermería, estrategias y programas que permitan que los adultos mayores de esta localidad accedan a una mejor calidad de vida en forma integral a través del lema “envejecimiento saludable y con calidad.

- **Participación**

Participaran los adultos mayores que acuden al Centro de Salud “Santa María del Valle”.

- **Procedimientos**

Se le aplicará una guía de entrevista de características demográficas, el test de CYPAC – AM (Capacidad y percepción del autocuidado del adulto

mayor) y un cuestionario de percepción del estado de salud (SF – 36). Sólo se tomará un tiempo aproximado de 30 a 45 minutos.

- **Riesgos / incomodidades**

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

- **Beneficios**

El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir información oportuna y actualizada sobre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud de los adultos mayores de la localidad en estudio, y que en base a los resultados obtenidos en el presente estudio puedan proponerse estrategias que permitan el abordaje adecuado de esta problemática a través del enfoque de cuidado para la salud.

- **Alternativas**

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

Se le notificará sobre cualquiera nueva información que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.

- **Compensación**

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte de la investigadora ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, a la investigadora responsable.

- **Confidencialidad de la información**

La información recabada se mantendrá confidencialmente en los archivos de la universidad de procedencia. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que se puede garantizar confidencialidad absoluta si usted decide participar en el presente estudio de investigación.

- **Problemas o preguntas**

Escribir al

Email: fiorela.dandf@hotmail.com o comunicarse al Cel. 951535863.

- **Consentimiento / Participación voluntaria**

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente.

Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

- **Nombres y firmas del participante o responsable legal**

Firma del adulto mayor
Entrevistado

Firma de la investigadora:

Huánuco, a los... días del mes de Mayo del 2016

ANEXO 05
INFORME DE TRABAJO DE CAMPO

INFORME N° 001- UDH-FCS-EAPE-WET-FGPC-2016

Huánuco, 09 de Junio del 2016.

A : Mg. Wilmer Espinoza Torres
Asesor de proyecto de investigación

DE : Fiorella Grisel Pardavé Cámara.
Responsable de la investigación

ASUNTO : INFORME DE TRABAJO DE CAMPO.

Mediante el presente me es grato dirigirme a Ud., para saludarla cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento que el proceso de recolección de datos de la investigación titulada “Capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud del adulto mayor de la localidad de Santa María del Valle” se realizó mediante el apoyo de dos profesionales expertos en aplicación de instrumentos, quienes fueron previamente capacitados en la metodología y los procedimientos a realizar en la recolección de datos; en tal sentido la aplicación de este trabajo de campo se llevó a cabo teniendo en cuenta las consideraciones éticas del estudio, ejecutándose la presente investigación los días 9, 10, 11, 12, 13, 16,17 y 18 de Mayo del 2016, en las instalaciones del Centro de Salud de Santa María del Valle (ámbito de estudio), siendo un total 72 instrumentos aplicados a los adultos mayores, con la finalidad de recopilar datos que posteriormente fueron sometidos al análisis descriptivo y estadístico. Adjunto al presente el cuadro de desarrollo de las actividades en mención.

Cualquier información adicional o ampliatoria, estaré a su entera disposición, por ahora es cuanto tengo que informarle para los fines pertinentes del caso, aprovecho para expresarle las muestras de consideración y estima personal.

Atentamente.

.....
Pardavé Cámara, Fiorella Grisel.
RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION

I. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

“Capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud del adulto mayor de la localidad de Santa María del Valle”.

II. INTRODUCCIÓN

Las modernas tendencias de la concepción de la salud no se limitan a brindar servicios al usuario que lo solicita, sino prioritariamente a promover la salud del entorno social donde las personas, y en especial los adultos mayores, viven y realizan todas las actividades propias de su vida diaria; por lo que es necesario generar en ellos un sentido de responsabilidad por su propia salud, fomentando el autocuidado a través de diversas modalidades de enseñanza, siendo los actores principales de este proceso, los adultos mayores, la familia y los profesionales de Enfermería. Por ello se buscó determinar en qué medida se relaciona la capacidad de autocuidado con la percepción del estado de salud del adulto mayor, y de acuerdo a los resultados obtenidos se puedan proponer estrategias que permitan la mejorar la calidad de vida de los adultos mayores como población vulnerable.

III.OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD.

- Aplicar los instrumentos de recolección de datos a los adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Santa María del Valle.

IV. ASPECTOS METODOLÓGICOS.

Selección de los días de aplicación de encuestas

La selección de los días/momentos para la recolección de datos se hizo al azar, sin dejar de lado los días de mayor concentración, es decir los días lunes martes y miércoles. Si bien los adultos mayores acudían en forma

continúa al Centro de Salud para recibir la atención respectiva, cada uno de ellos tenía características especiales y diversas formas de respuesta frente a la aplicación de las encuestas. Por tanto, se fijaron los días 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17 y 18 de Mayo en razón a los criterios antes mencionados.

Selección de los participantes del estudio.

La muestra estuvo constituida por 72 adultos mayores, seleccionadas teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

Se incluyeron en el estudio a los adultos mayores que:

- Residieron más de 6 meses en la localidad de Santa María del Valle.
- Aceptaron participar voluntariamente del estudio mediante la firma consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

No se incluyeron en el estudio a los adultos mayores que:

- Tuvieron enfermedades crónicas que generaron limitación completa de su dependencia.
- Presentaron episodios de enfermedades agudas en el momento de la aplicación de los instrumentos de investigación.
- Se encontraron con alteraciones mentales (alzhéimer, y otros relacionados).
- No aceptaron participar del estudio (rechazaron el consentimiento informado).
- Se mudaron de la localidad de Santa María del Valle a otros lugares durante el proceso de recolección de datos.

V. RESULTADOS

El tiempo promedio de aplicación de los instrumentos fueron:

- Guía de entrevista de características sociodemográficas: 5 minutos.
- Test CYPAC – AM: 10 minutos.
- Cuestionario de percepción de estado de salud: 15 minutos.

Tiempo promedio por cada persona: 15 minutos

El reporte de los instrumentos aplicados por fecha de recolección de datos se muestra en el siguiente cuadro:

Fecha	Hora de entrada	Actividad	Observación
09 – 05 – 2016	8:00 am	Evaluación de 9 adultos mayores	Se hizo uso de 9 instrumentos de recolección de datos y 9 consentimientos informados
10 – 05 – 2016	8:00 am	Evaluación de 9 adultos mayores	Se hizo uso de 9 instrumentos de recolección de datos y 9 consentimientos informados
11 – 05 – 2016	8:00 am	Evaluación de 9 adultos mayores	Se hizo uso de 9 instrumentos de recolección de datos y 9 consentimientos informados
12 – 05 – 2016	8:00 am	Evaluación de 9 adultos mayores	Se hizo uso de 9 instrumentos de recolección de datos y 9 consentimientos informados
13 – 05 – 2016	8:00 am	Evaluación de 9 adultos mayores	Se hizo uso de 9 instrumentos de recolección de datos y 9 consentimientos informados
16 – 05 – 2016	8:00 am	Evaluación de 9 adultos mayores	Se hizo uso de 9 instrumentos de recolección de datos y 9 consentimientos informados
17 – 05 – 2016	8:00 am	Evaluación de 9 adultos mayores	Se hizo uso de 9 instrumentos de recolección de datos y 9 consentimientos informados
18 – 05 – 2016	8:00 am	Evaluación de 9 adultos mayores	Se hizo uso de 9 instrumentos de recolección de datos y 9 consentimientos informados

ANEXO 06

CONSTANCIAS DE VALIDACIÓN

13

Anexo 04

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Glaucos Jilano Román de Lombardi,
 con DNI N° 92404123, de profesión
 _____,
 ejerciendo _____ actualmente _____ como
potracionista Clínica, en la Institución
Hospital Regional Heriberto Valderrama Medrano

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento (instrumentos de recolección de datos), a los efectos de su aplicación en la investigación titulada: "Capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud del adulto mayor de la localidad de Santa María del Valle".

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems			✓	
Amplitud de contenido		✓		
Redacción de los ítems		✓		
Claridad y precisión			✓	
Pertinencia			✓	

En Huánuco, a los 24 días del mes de Marzo del 2016

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
 Hospital Regional "Heriberto Valderrama Medrano"

 Mg. Nelsa Huamani
 EPS: H.T. CLÍNICA, C.T. P. 115 - R.H.E. 022

Anexo 04

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, David A. Barrueta Santillán,
 con DNI N° 22416110, de profesión
Lic. Enfermero,
 ejerciendo actualmente como
Enfermero Asistencial, en la Institución
Hospital II ESSALUD Huánuco

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento (instrumentos de recolección de datos), a los efectos de su aplicación en la investigación titulada: "Capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud del adulto mayor de la localidad de Santa María del Valle".

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems				X
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los ítems			X	
Claridad y precisión				X
Pertinencia			X	

En Huánuco, a los 06 días del mes de
Abril del 2016


David A. Barrueta Santillán
 Firmat/sello
 HOSPITAL BASE HUÁNUCO II
 ESSALUD

Anexo 04

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, LIC. ENF. SILVERIO BRAVO CASTILLO,
 con DNI N° 22432155, de profesión
ENFERMERO - ESPECIALISTA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD,
 ejerciendo actualmente como
ENFERMERO INDEPENDIENTE - ASESOR EN TESIS, en la Institución
EL JIRON LOS QUIPUS # 131 PAUCARBAMBA - AMARILIS

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento (instrumentos de recolección de datos), a los efectos de su aplicación en la investigación titulada: "Capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud del adulto mayor de la localidad de Santa María del Valle".

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems			✓	
Amplitud de contenido				✓
Redacción de los ítems				✓
Claridad y precisión				✓
Pertinencia			✓	

En Huánuco, a los 29 días del mes de
MARZO del 2016


 Firma/sello
 Lic. Silverio Bravo Castillo
 ENFERMERO
 C.E.P. 12846

Anexo 04

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Daysi Patricia Valles Solórzano,
 con DNI N° 22480757, de profesión
Licenciada en enfermería,
 ejerciendo actualmente como
enfermera asistencial, en la Institución
P.S. Llica

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento (instrumentos de recolección de datos), a los efectos de su aplicación en la investigación titulada: "Capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud del adulto mayor de la localidad de Santa María del Valle".

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems				✓
Amplitud de contenido			✓	
Redacción de los ítems				✓
Claridad y precisión			✓	
Pertinencia				✓

En Huánuco, a los 08 días del mes de
marzo del 2016.

MINISTERIO DE SALUD
 P.S. Llica

Daysi Patricia Valles Solórzano
 Lic. Enf. Daysi Patricia Valles Solórzano
 LICENCIADA EN ENFERMERÍA
 C.E.P. N° 32928

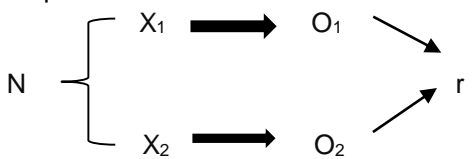
Firma/sello

ANEXO 07

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES			
Problema general: ¿Qué relación existe entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle 2016?	Objetivo general: Determinar la relación existe entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle 2016.	Hipótesis general: Ho: No existe relación entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle 2016. Hi: Existe relación entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle 2016.	Capacidad de autocuidado	VARIABLE PRINCIPAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Problemas específicos: • ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en la dimensión física en los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle 2016?	Objetivos específicos: Identificar la relación que existe entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en la dimensión física en los adultos mayores en estudio.	Ho₁: No existe relación entre capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en la dimensión física en los adultos mayores en estudio. Hi₁: Existe relación entre capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en la dimensión física en los adultos mayores en estudio.			Actividad Física	Autocuidado adecuado Autocuidado parcialmente adecuado Autocuidado inadecuado Déficit de autocuidado
					Alimentación	Autocuidado adecuado Autocuidado parcialmente adecuado Autocuidado inadecuado Déficit de autocuidado
					Eliminación	Autocuidado adecuado Autocuidado parcialmente adecuado Autocuidado inadecuado Déficit de autocuidado
					Descanso y sueño	Autocuidado adecuado Autocuidado parcialmente adecuado Autocuidado inadecuado Déficit de autocuidado

<p>¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en la dimensión psicológica en los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle 2016?</p>	<p>Establecer la relación que existe entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en la dimensión psicológica en los adultos mayores en estudio.</p>	<p>Ho₂: No existe relación entre capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en la dimensión psicológica en los adultos mayores en estudio.</p> <p>Hi₂: Existe relación entre capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en la dimensión psicológica en los adultos mayores en estudio.</p>			Higiene y confort	Autocuidado adecuado Autocuidado parcialmente adecuado Autocuidado inadecuado Déficit de autocuidado
					Medicación	Autocuidado adecuado Autocuidado parcialmente adecuado Autocuidado inadecuado Déficit de autocuidado
					Control de salud	P Autocuidado adecuado Autocuidado parcialmente adecuado Autocuidado inadecuado Déficit de autocuidado
					Adicciones o hábitos nocivos	Autocuidado adecuado Autocuidado parcialmente adecuado Autocuidado inadecuado Déficit de autocuidado
<p>¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en la dimensión social en los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle 2016?</p>	<p>Evidenciar la relación que existe entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en la dimensión social en los adultos mayores en estudio.</p>	<p>Ho₃: No existe relación entre capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en la dimensión social en los adultos mayores en estudio.</p> <p>Hi₃: Existe relación entre capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en la dimensión social en los adultos mayores en estudio.</p>		VARIABLE ASOCIADA	DIMENSIONES	INDICADORES
				Percepción estado de salud	Física	Saludable No Saludable
					Psicológica	Saludable No Saludable
					Social	Saludable No Saludable

DISEÑO	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p>TIPO DE ESTUDIO: Relacional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Según el análisis, alcance de resultados e intervención de la investigadora: Observacional. - De acuerdo a la planificación de la recolección de datos: Prospectivo. - Por el número de ocasiones en que se mide la variable en estudio: Transversal - Según el número de variables de estudio: Analítico <p>Diseño de estudio:</p> <p>El diseño de aplicación en el trabajo de investigación fue el diseño descriptivo correlacional en el siguiente esquema.</p>  <pre> graph LR N --- X1 N --- X2 X1 --> O1 X2 --> O2 O1 --> r O2 --> r </pre> <p>Dónde:</p> <p>N : Muestra de adultos mayores.</p> <p>X₁ : Capacidad de autocuidado.</p> <p>X₂ : Percepción del estado de salud.</p> <p>O₁ : Observación 1.</p> <p>O₂ : Observación 2.</p> <p>r : Relación entre las variables.</p>	<p>POBLACION MUESTRAL</p> <p>Por ser una población de estudio pequeña se optó por considerar dentro de la investigación a todos los adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Santa María del Valle; que según datos proporcionados por la coordinadora responsable del Programa de Adulto Mayor del establecimiento de salud, se encuentra conformada en total por 72 adultos mayores, quienes fueron considerados en su totalidad en el estudio de investigación.</p>	<p>PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:</p> <p>Guía de entrevista de características sociodemográficas</p> <p>Test de CYPAC – AM Capacidad y percepción del autocuidado del adulto mayor.</p> <p>Cuestionario de percepción del estado de salud modificado.</p> <p>ANÁLISIS DE DATOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis descriptivo: Se detallaron las características de cada una de las variables en estudio, de acuerdo al tipo de variable en que se trabajó (categórica o numérica), asimismo se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables numéricas y de frecuencias para las variables categóricas. Además se emplearon figuras para facilitar la comprensión en cada caso, tratando de que el estímulo visual sea simple, resaltante y fácilmente comprensible; para tal efecto se determinará las medidas de tendencia central, la media, moda y mediana. • Análisis inferencial. Para la contratación de las hipótesis se utilizó la Prueba Chi cuadrada para establecer la relación entre las dos variables en estudio con una probabilidad de $p < 0.05$. Para el procesamiento de los datos se utilizó el Paquete Estadístico SPSS versión 20.0 para Windows.

